

Gonçalo Jorge

ACIDENTES DE TRABALHO DE ENFERMEIROS EM CONTEXTO HOSPITALAR

Estudo Epidemiológico

Dissertação submetida como requisito parcial
para obtenção do grau de **Mestre em Higiene e
Segurança no Trabalho**

Júri

Presidente (Professora Doutora, Olga Maria
Figueiredo Costa, IPS/EST)

Orientadora/Vogal (Mestre, Especialista de
Reconhecimento Mérito para o Ensino Superior,
Mariana Vitória Falcão Carrilho Pereira, IPS/ESS)

Vogal (Professora Doutora, Maria Alice Góis
Ruivo, IPS/ESS)

Setembro 2020

AGRADECIMENTOS

Não posso deixar de mencionar e de deixar uma nota de agradecimento a algumas das pessoas que, direta ou indiretamente, fizeram parte deste percurso que culmina com a entrega deste trabalho.

À família, o norte, cardinal que guia e motiva, que me permitiu muitas vezes abstrair de tudo, razão pela qual tudo faz sentido. Agradeço a compreensão pela minha ausência durante a elaboração do trabalho, as opiniões e o incentivo mas, como “não há bela sem senão”, e parafraseando Mariza no seu fado “O Tempo Não Pára” pergunto, “quantos sorrisos perdi?”, muitos, lamento, desculpem, obrigado...

Ao Professor António Moreira Gonçalves que ofereceu muito do seu tempo e saber na orientação do tratamento estatístico de dados, da sua apresentação e, também, pela seu aconselhamento e paciência. Uma parte deste trabalho é sua.

Aos Professores do curso, especialmente o Professor Paulo Lima e o Professor Manuel Ganço, por toda a orientação, disponibilidade, compreensão e, por terem “encurtado” distâncias auxiliando nos processos de comunicação.

À Professora Mariana Pereira, que tive o privilégio de ter como Professora no Curso de Licenciatura em Enfermagem, por ter acedido em repetir a parceria orientador/orientando, sinal (quero acreditar) de que a primeira experiência terá sido positiva, pela sua paciência, compreensão e partilha de conhecimentos. A sua simpatia e objetividade na hora do esclarecimento de dúvidas serviu tantas vezes de alento e impulso, fico muito grato pela sua disponibilidade, tantas vezes com um continente de distância. Espero ter correspondido às expectativas, e quem sabe, possamos ponderar uma última reedição desta mesma parceria, eu iria sem dúvida apreciar.

À Professora Lina por toda a sua disponibilidade, simpatia e esclarecimentos atempados que tão importantes foram ao longo das diferentes fases da elaboração da tese.

Por fim, a todos os profissionais, da instituição que me recebeu, que possibilitaram o acesso aos dados, disponibilizaram o seu tempo para me auxiliar na sua colheita e, na obtenção de um conhecimento mais abrangente das instituições e dos métodos de trabalho, salientando os pontos que poderiam ou deveriam ser melhorados, permitindo dessa forma, a elaboração e enriquecimento deste trabalho.

A **todos**, o meu muito **obrigado**, sem a vossa ajuda não teria sido possível, nunca é demais referir. Espero um dia poder retribuir.

“A gratidão é a memória do coração”
(Jean Baptiste Massieu)

Antes de iniciar a leitura da presente dissertação, referindo Sá (2014:5) propõe-se que:

- Verifique saídas de emergência e de evacuação do local onde se encontra;
- Conheça a localização do ponto de encontro em caso de evacuação;
- Verifique a localização dos extintores;
- Ajuste o nível iluminação para os valores recomendados;
- Verifique a temperatura e garanta que a ventilação é adequada;
- Elimine ruídos indesejáveis;
- Confirme que se encontra numa posição confortável e que o mobiliário se encontra disposto de forma ergonómica;
- Lembre-se de fazer pausas.

“Se queres prever o futuro,
estuda o passado.”

Confúcio

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização do presente estudo foi necessário salvaguardar questões éticas e deontológicas na medida em que houve a necessidade de efetuar o levantamento de dados referentes a participações de Acidentes de Trabalho tendo para tal, acedido aos dados pessoais dos sinistrados.

Deste modo, torna-se essencial, manter a reserva no que respeita às informações pessoais uma vez que a amostra é constituída por indivíduos que terão que ser, naturalmente, enquadrados dentro de uma perspetiva bio-psico-sociocultural.

Estes pressupostos são alcançados através da aplicação de rigor metodológico durante todas as fases do trabalho, desde a pesquisa até ao levantamento, tratamento e divulgação dos dados.

Somente garantindo a confidencialidade, o investigador poderá poupar a si próprio e a terceiros constrangimentos tais como ações legais, inviabilidade de publicação, não aceitação do estudo e perda de confiança por parte das entidades, das organizações e do público em geral.

É com base nessa mesma confiança que muitos estudos são realizados. Contudo é pertinente referir que entidades, como a Ordem dos Enfermeiros a título de exemplo, tutelam investigadores e as suas ações na condução de estudos.

Para a realização deste estudo foram tidas em consideração componentes éticas e deontológicas distintas, que se complementam no que diz respeito à justificação da obrigatoriedade de garantir que todos os dados pessoais da população em estudo se mantenham no anonimato.

Segundo Fortin (1999:116), existem cinco direitos, do campo da ética, que devem ser garantidos quando realizamos estudos que envolvam o Homem, *“o direito à auto-determinação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e por fim, o direito a um tratamento justo e leal”*.

O assunto é, também, salvaguardado pela OE (2015:78) no Artigo 85º - Do Dever do Sigilo que refere *“O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento (...) d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”*.

Está implícito, na alínea supracitadas que, a recolha de informação, constituindo a colheita de dados, poderá constituir ingerência da vida pessoal de outrem e, por outro lado, a referida recolha de informação é realizada na qualidade em que nos apresentamos, neste caso particular, enquanto enfermeiro, a realizar um estudo. Desta forma, deverá ser recolhida meramente a informação pertinente, tendo em consideração o objetivo proposto.

De acordo com a alínea d) os interesses subjacentes à investigação nunca devem quebrar a premissa enunciada pela mesma.

Podemos, também, incluir nas considerações éticas o Artigo 86.º – Do Respeito pela Intimidade OE (2015:83) “a) *Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada (...)*”.

Foi, ainda, tomado em consideração o disposto na Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro, referente à proteção de dados.

Estes pressupostos, têm a pretensão de alcançar a confiança, na manutenção da confidencialidade dos dados obtidos, por parte da entidade que os detém, e ainda, prevenir a sua incorreta divulgação.

Deste modo, para a realização deste estudo foram remetidos pedidos de autorização à direção das instituições hospitalares e dos serviços onde se encontram arquivadas as participações de Acidentes de Trabalho (Apêndice I), com posterior parecer das respetivas Comissões de Ética, para consulta e posterior tratamento dos dados referentes às variáveis em estudo.

No sentido da manutenção da confidencialidade, a cada uma das declarações de AT será atribuído um número de ordem, resguardando desta forma a divulgação de qualquer informação pessoal que, eventualmente, possibilitasse a identificação dos profissionais envolvidos por parte de quem tiver acesso ao presente trabalho. Do mesmo modo será mantido o anonimato da instituição onde foram realizadas as colheitas de dados.

ÍNDICE

Agradecimentos	i
Considerações Éticas	iv
Índice	vi
Índice de Gráficos	ix
Índice de Tabelas	x
Lista de Siglas e Abreviaturas	xi
Glossário	xii
Resumo	xiii
Abstract	xiv
Introdução	15
1. Fase Conceptual	17
1.1 <i>Serviço Nacional de Saúde</i>	17
1.1.1 Perspetiva Histórica e Legislativa	18
1.1.2 Distribuição Hospitalar	20
1.1.3 Organização Hospitalar	20
1.1.4 Organização do Trabalho	24
1.2 <i>Enfermagem</i>	26
1.2.1 Evolução da Carreira e do Ensino de Enfermagem	26
1.2.2 Riscos Profissionais	27
1.2.3 Sistemas de Trabalho de Enfermagem	37
1.3 <i>Higiene e Segurança no Trabalho</i>	38
1.3.1 Resumo Histórico da HST	39
1.3.2 Acidentes de Trabalho	42
1.3.3 Causalidade dos Acidentes de Trabalho	43
1.3.4 Consequências dos Acidentes de Trabalho	45
1.3.5 Gestão, Prevenção e Avaliação de Riscos	45
1.3.6 Saúde Ocupacional	47
2. Metodologia	49
2.1 <i>Questão de Investigação</i>	49

2.2	<i>Objetivos</i>	49
2.3	<i>Desenho do estudo</i>	50
2.3.1	Tipo de Estudo	50
2.3.2	Meios e Tempos	51
2.3.3	População e Amostra	51
2.3.4	Variáveis	52
2.3.5	Hipóteses	53
2.3.6	Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	53
2.4	<i>Recursos</i>	54
3.	Apresentação e Análise dos Dados	54
3.1	<i>Caracterização da Amostra e Ocorrências</i>	54
3.1.1	Sexo	54
3.1.2	Idade	55
3.1.3	Idade <i>versus</i> Sexo	55
3.1.4	Tempo de Serviço	56
3.1.5	Tempo de Serviço <i>versus</i> Idade	56
3.1.6	Tipo de Contrato	57
3.1.7	Horas Trabalhadas	57
3.1.8	Nacionalidade	58
3.1.9	Ano	58
3.1.10	Mês	59
3.1.11	Ano <i>versus</i> Mês	59
3.1.12	Dia da Semana	60
3.1.13	Turno	61
3.1.14	Local de Ocorrência	62
3.1.15	Causa	63
3.1.16	Causa Provável	64
3.1.17	Lesão	65
3.1.18	Local Afetado	66
3.1.19	Incapacidade e absentismo	66

3.2 <i>Discussão dos Resultados</i>	67
4. Limites do estudo	73
5. Conclusão	74
Bibliografia	76
Apêndices	81
Apêndice I - Pedido de Autorização para colheita de dados	82
Apêndice II - Instrumento de Comunicação de riscos	84
Apêndice III - Distribuição Hospitalar	86
Apêndice IV - Distribuição Hospitalar por ARS e Distrito	94
Apêndice V - Método MARAT – Avaliação de Riscos de Acidentes de Trabalho	96
Apêndice VI - Instrumento de Colheita de Dados	103
Anexos	107
Anexo I - Representatividade Profissional	108
Anexo II - Acidentes de Trabalho por Grupo Profissional	110

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS POR GRUPO ETÁRIO E POR SEXO	56
GRÁFICO 2 – TEMPO DE SERVIÇO <i>VERSUS</i> IDADE	57
GRÁFICO 3 – HORAS TRABALHADAS	58
GRÁFICO 4 – VARIAÇÃO ANUAL	59
GRÁFICO 5 – AGREGADO MENSAL POR ANO	60
GRÁFICO 6 – VARIAÇÃO COM O TURNO DE SERVIÇO	61
GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO HOSPITALAR POR DISTRITO	95
GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO HOSPITALAR POR ARS	95

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – OCORRÊNCIAS POR SEXO.....	54
TABELA 2 – OCORRÊNCIAS POR IDADE.....	55
TABELA 3 – IDADE VERSUS SEXO.....	55
TABELA 4 – OCORRÊNCIAS POR TEMPO DE SERVIÇO.....	56
TABELA 5 – TEMPO DE SERVIÇO <i>VERSUS</i> IDADE.....	56
TABELA 6 – TIPO DE CONTRATO.....	57
TABELA 7 – HORAS TRABALHADAS.....	57
TABELA 8 – NACIONALIDADE.....	58
TABELA 9 – ANO.....	58
TABELA 10 – MÊS.....	59
TABELA 11 – ANO <i>VERSUS</i> MÊS.....	60
TABELA 12 – DIA DA SEMANA.....	61
TABELA 13 – OCORRÊNCIAS POR TURNO.....	61
TABELA 14 – LOCAL DE OCORRÊNCIA.....	62
TABELA 15 – CAUSA.....	63
TABELA 16 – LOCAL DE OCORRÊNCIA <i>VERSUS</i> CAUSA.....	64
TABELA 17 – CAUSA PROVÁVEL.....	65
TABELA 18 – LESÃO.....	65
TABELA 19 – LOCAL AFETADO.....	66
TABELA 20 – INCAPACIDADE.....	66
TABELA 21 – ABSENTISMO.....	67
TABELA 22 – DISTRIBUIÇÃO DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES.....	93
TABELA 23 – ANÁLISE DE RISCO.....	102

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- **ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde
- **ACT** – Autoridade para as Condições de Trabalho
- **ARS** – Administração Regional de Saúde
- **AT** – Acidente de Trabalho
- **BO** – Bloco Operatório
- **CNPD** – Comissão Nacional de Proteção de Dados
- **CODU** – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- **DGS** – Direção Geral de Saúde
- **DIN** – German Institute of Standardization
- **DL** – Decreto - Lei
- **EPE** – Entidade Pública Empresarial
- **EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- **HIV** – Vírus da Imunodeficiência Adquirida
- **HST** – Higiene e Segurança no Trabalho
- **INE** – Instituto Nacional de Estatística
- **ISO** – International Organization for Standardization
- **IP** – Instituto Público
- **LVT** – Lisboa e Vale do Tejo
- **MS** – Ministério da Saúde
- **OE** – Ordem dos Enfermeiros
- **OIT** – Organização Internacional do Trabalho
- **OMS** – Organização Mundial de Saúde
- **ORL** - Otorrinolaringologia
- **OSHA** – Occupational Safety and Health Administration
- **PALOP** – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- **PIB** – Produto Interno Bruto
- **RH** – Recursos Humanos
- **SEP** – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- **SESARAM** – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
- **SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- **SO** – Saúde Ocupacional
- **SReS** – Secretaria Regional de Saúde
- **UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos
- **UE** – União Europeia
- **TP** – Tuberculose Pulmonar

GLOSSÁRIO

- **Ação Corretiva** – Ação que visa a eliminação da causa de qualquer situação não desejável;
- **Ação Preventiva** – Ação que visa a eliminação de uma não conformidade ou de outra situação indesejável;
- **Acidente** – Acontecimento indesejado e que provoca danos pessoais, ambientais ou materiais independentemente da gravidade;
- **Avaliação de Risco** – Identificação, estimativa e valorização dos riscos para a saúde e segurança dos trabalhadores. Permite a tomada de decisão relativa à adoção de ações preventivas;
- **Controlo de Riscos** – Adoção de medidas tendo em vista a redução dos riscos profissionais;
- **Doença Profissional** – Doença provocada por condições nocivas presentes no local de trabalho;
- **Incidente** – Acontecimento indesejado que não provoca danos pessoais, ambientais ou materiais;
- **Medicina do Trabalho** – Especialidade médica cujo âmbito é a vigilância do estado de saúde dos trabalhadores;
- **Norma** – Especificação técnica proveniente de uma entidade reconhecida, com atividade normativa, cujo cumprimento não é obrigatório;
- **Perceção de Risco** – Julgamento individual relativo ao potencial de um risco existente;
- **Perigo** – Qualquer situação que constitua uma ameaça, é fonte de risco;
- **Representante dos trabalhadores** – Trabalhador eleito cuja função é o desenvolvimento, juntamente com órgãos diretivos, das questões relacionadas com higiene e segurança no trabalho, promovendo e propondo a implementação de medidas de prevenção;
- **Risco** – Probabilidade de ocorrência de um evento indesejado, e da gravidade do dano causado, podendo constituir perda ou dano para pessoas ou bens materiais e ambiente.

RESUMO

Os Acidentes de Trabalho (AT) constituem um enorme problema, secundário a qualquer atividade profissional. As instituições de saúde não são exceção. De acordo com dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) mencionados por Freitas (2011) todos os anos morrem cerca de dois milhões de pessoas como consequência de AT e de doenças profissionais. Estes valores são resultantes dos 270 milhões de AT e 160 milhões de doenças profissionais declaradas anualmente a nível mundial.

Ainda de acordo com o mesmo autor estes números traduzem-se financeiramente em 4% do produto interno bruto, em custos diretos e indiretos como por exemplo horas de trabalho perdidas, custos com reabilitação, indemnizações entre outros.

Segundo Martins (2014) relativamente aos acidentes de trabalho ocorridos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 2010 ocorreram 11 906 acidentes de trabalho em instituições de saúde públicas dos quais 10 985 foram verificados em instituições hospitalares.

Salienta-se as diferentes situações de risco a que os profissionais de saúde se encontram expostos em ambiente hospitalar, aliado aos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) que confirmam que no ano de 2014 metade dos hospitais eram tutelados pelo estado e que nos últimos 10 anos as consultas médicas e atos complementares de diagnóstico e terapêutica aumentaram. Em 2012 foram realizados mais de 1 milhão de internamentos e 16,5 milhões de consultas médicas externas. Deste modo impera a necessidade efetiva de compreender as circunstâncias em que estes acidentes de trabalho ocorrem.

Acrescentando aos dados mencionados o facto de que o número de Enfermeiros a trabalhar em instituições hospitalares reduziu de 37 000 para 33 861 em 2015, resultado das políticas do SNS, tendo ainda assim, o número de hospitais sido mantido desde 2012. Tal poderá ter contribuído para o aumento do número da sinistralidade em contexto hospitalar, sinistralidade essa que se torna essencial estudar.

Todos estes indicadores tornam relevante o estudo epidemiológico dos AT ocorridos, com a expectável eliminação ou mitigação dos riscos associados aos mesmos, resultando numa redução destes, com benefícios pessoais, profissionais, institucionais e económicos.

Os resultados obtidos durante o período em estudo, entre 2010 e 2014, com 150 ocorrências, demonstram que o grupo etário mais afetado foi entre os 22-31 anos (36,8%), o sexo feminino (85,9%), a maior ocorrência de AT foi entre profissionais com mais ou 10 anos de serviço (58,6%), a ocorrência mais verificada foi a picada com agulha (42,3%) e o local mais afetado foram as mãos (53,6%).

Palavras-chave: Acidentes de Trabalho; Enfermagem; Hospital; Risco.

ABSTRACT

Work-related accidents constitute a major unintended outcome to any labor activity. Healthcare institutions are no exception. According to information from the International Labor Organization quoted by FREITAS (2011:21), every year two million people die as a consequence of work-related accidents and professional illnesses. These numbers are the result of 270 million work-related accidents and professional illnesses declared annually.

The financial impact represents 4% of the gross domestic product, with direct and indirect costs including lost working time, rehabilitation costs or given subsidies among other costs.

According to MARTINS (2014), the National Healthcare System in 2010 tallied 11 906 work-related accidents in public healthcare facilities, of which 10,985 occurred in hospitals.

Considering the different risk situations that healthcare providers are exposed to in hospitals, we can conclude the real need to comprehend the circumstances that lead to work-related accidents, especially in light of data demonstrating increasing exposure from the National Institute of Statistics for 2014: half of the hospitals were held by the government, in the last 10 years medical consultations and diagnostic and therapeutic acts have increased, in 2012 more than a million patients were admitted into a hospital, and finally 16,5 million ambulatory medical appointments were performed

Adding to those figures is the fact that the number of nurses working in hospitals has been reduced from 37 000 to the current 33 861 in 2015, with the number of hospitals being kept equal. This decrease may have eventually contributed to the increase of accidents in hospital environment; accidents that are important to study.

All these indicators bring to light the relevance of an epidemiologic study of work-related accidents, with the anticipation for elimination or mitigation of the associated risks, thus allowing the reduction of work-related accidents with personal, professional and economic benefits.

The results obtained during the period in study (2010 to 2014), with 150 occurrences, show that the group most affected is between 22-31 years old (36,8%), female nurses (85,9%), with the highest occurrences shown within professionals with 10 or more years of active service (58,6%). The biggest cause is injury with needle (42,3%), and the body most affected local is the hands (53,6%).

Keywords: Work Related Accidents; Nursing; Hospital; Risk.

INTRODUÇÃO

Fortin (1999) refere que um relatório de investigação aborda os componentes principais de uma investigação, entre os quais os objetivos, quadro de referência, métodos e os resultados da investigação, culminando com a comunicação dos mesmos.

A escolha do tema do presente trabalho relaciona-se com o facto de desenvolver a minha atividade profissional como enfermeiro tendo desempenhado funções em contexto hospitalar durante vários anos. Tal proporcionou-me conhecimento empírico sobre diferentes situações de risco, às quais as equipas multidisciplinares, da área da saúde, se encontram expostas. Através da elaboração deste trabalho é minha pretensão aprofundar o meu conhecimento na área da Higiene e Segurança no Trabalho (HST), através de uma pesquisa aprofundada e indispensável para a elaboração de um trabalho científico. Será pertinente considerar que a realização do presente estudo e as conclusões alcançadas com a sua posterior divulgação podem constituir uma mais valia, pois o conhecimento baseado na evidência poderá conduzir, em condições ideais, à eliminação ou mitigação de situações de risco que conduzem aos AT verificados com os profissionais de enfermagem que desempenham funções em instituições hospitalares.

Pela natureza do trabalho dos enfermeiros, estes encontram-se expostos a inúmeros fatores de risco, razão pela qual se verifica um número elevado de participações de AT anualmente. Segundo Miguel (2014:43) em 2010 as “*Atividades de Saúde Humana e Apoio Social*” representavam 5,3% da totalidade dos AT entre 17 atividades. Este dado reforça a pertinência do estudo sobre as situações que conduziram à ocorrência de AT na área da saúde. Importa, também, referir que segundo dados publicados pelo INE em 2015 (*Anexo I*), os enfermeiros lideravam quantitativamente os profissionais de saúde existentes no SNS. Segundo dados da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), IP (*Anexo II*), é possível perceber que os Enfermeiros são a classe profissional que mais participa os AT e que, se tem vindo a verificar um crescimento deste número de participações.

Para a realização do presente estudo foi definida como questão de investigação: “Qual a prevalência e características dos AT participados por enfermeiros em contexto hospitalar?”. Assim sendo, e atendendo ao exposto, o presente estudo tem como objetivos específicos:

- Quantificar e qualificar os AT participados nas instituições e no período em estudo;
- Caracterizar os AT participados nas instituições e no período em estudo
- Analisar a distribuição de AT por serviço;
- Identificar as consequências diretas dos AT participados;
- Quantificar o tempo de trabalho perdido;
- Identificar as causas de AT;
- Hierarquizar os riscos quantificados em função das consequências dos acidentes,
- Apresentar uma proposta de implementação de um instrumento de registo de situações de risco, por parte dos profissionais de saúde;

- Promover a aproximação dos enfermeiros aos serviços de HST.

Para realizar este estudo epidemiológico foi usada a metodologia de investigação quantitativa e qualitativa, do tipo exploratório, descritivo simples. Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo. No capítulo II referente à metodologia serão aprofundadas as questões relativas ao desenho do estudo. A aproximação dos diferentes profissionais aos serviços de HST será alcançada através da criação de um instrumento de registo (Apêndice II) que permita a identificação de riscos e facilite a sua comunicação aos serviços de HST permitindo assim uma intervenção preventiva. E finalmente, através da análise dos dados obtidos será construída uma matriz de risco (Apêndice V) para a hierarquização dos riscos identificados.

Para alcançar os objetivos delineados, para além do enquadramento teórico, foi realizada a colheita dos dados incluídos nas declarações de AT entregues na Instituição Hospitalar. Para a colheita de dados foram escolhidos hospitais com dimensão e número de profissionais de enfermagem representativas, em cada uma das Administrações Regionais de Saúde (ARS), totalizando 5 instituições. Contudo, após remeter a apresentação do estudo e efetuado o pedido de autorização para colheita de dados apenas foi concedida autorização para a sua concretização numa instituição.

O presente relatório encontra-se organizado em capítulos onde se sistematiza a informação da seguinte forma:

No Capítulo 1 – Fase Conceptual, são abordadas as questões relacionadas com a evolução do SNS e dos serviços de HST, suportadas por pesquisa e enquadramento bibliográfico. A legislação aplicável, neste âmbito, é apresentada ao longo do trabalho, nas questões em que se aplica;

O Capítulo 2 – Metodologia, contém o desenho do estudo de forma detalhada. É neste capítulo onde se encontram descritas as variáveis e a população em estudo, assim como, o método usado para o tratamento estatístico dos dados;

No Capítulo 3 – Apresentação e Análise dos Dados, onde apresentamos os dados obtidos e o tratamento estatístico de que foram alvo;

No Capítulo 4 – Expomos a análise e discussão dos dados obtidos no decurso do estudo e, será ainda, apresentada uma proposta de melhoria.

Finalizamos o relatório com a apresentação das conclusões e considerações resultantes de toda a pesquisa, análise e reflexão acerca dos resultados obtidos..

Em apêndice e anexo, serão adicionados os documentos que sustentam a pesquisa e auxiliaram a fundamentação imprescindível à execução do presente trabalho.

1. FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual, corresponde à definição do tema ou, do domínio da matéria investigada. Representado no início do trabalho, pois é através de um estudo teórico aprofundado sobre o tema que o investigador irá delinear posteriormente todo o seu trabalho.

Segundo Fortin (1999:39) esta fase retrata “(...) *uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo*”. Ainda, de acordo com a mesma autora (1999:72) “*A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação*”.

Para a elaboração do presente capítulo foi efetuada pesquisa bibliográfica sistemática em diversas fontes, tal como literatura dos referenciais teóricos no âmbito da higiene e segurança do trabalho e em bases de dados eletrónicas nacionais e internacionais, Serão abordados assuntos relacionados com o SNS, no que se refere à sua constituição, bem como, sobre as instituições hospitalares que o integram e os sistemas de trabalho dos enfermeiros. Serão também abordadas as questões relativas à HST.

1.1 Serviço Nacional de Saúde

O direito à saúde encontra-se consagrado na Constituição da República Portuguesa, no Título III Capítulo II Artigo 64º no 1º ponto, sendo definido que “Todos têm direito à proteção da saúde (...)”.

O SNS tem o intuito de assegurar aos cidadãos portugueses o direito à saúde (primária, secundária e terciária) através da sua rede de cuidados, garantindo a proteção da saúde, tanto individual quanto coletiva. No que concerne às unidades prestadoras de cuidados de saúde, o SNS encontra-se dividido em hospitais, centros de saúde, centros de reabilitação entre outras instituições. Existem, também, parcerias-público privadas que permitem o acesso dos cidadãos e possibilitam, por exemplo, a redução do tempo de espera para a realização de cirurgias.

Ao longo dos últimos anos tem sido possível assistir a uma reestruturação do SNS nomeadamente, com a abertura e o fecho de diversos hospitais e serviços, assim como alterações nos horários de trabalho. Neste último aspeto pode ser referenciada a redução do horário de trabalho dos enfermeiros de 40 horas para 35 horas semanais. Esta alteração tem influência direta no número de profissionais de saúde necessários para assegurar cuidados, o que poderá eventualmente provocar sobrecarga de trabalho, caso esta redução não seja compensada com a contratação de mais profissionais, e assim, contribuindo eventualmente para o aumento dos AT. Neste contexto é, também, pertinente mencionar que os números referentes aos atendimentos ambulatoriais e programados, internamentos, e ainda, à realização de meios complementares de diagnóstico tem vindo a crescer nos últimos anos.

1.1.1 Perspetiva Histórica e Legislativa

Desde o início da regularização dos serviços de saúde em 1958, através do Decreto de Lei (DL) n.º 41825 de 13 de Agosto que criou o Ministério da Saúde (MS), observaram-se diversas alterações resultantes de questões políticas, religiosas, económicas ou demográficas. Esse constante reajuste mantém-se até aos dias de hoje, e a informação encontrada sobre o tema é vasta, no que se refere especificamente às instituições hospitalares e aos profissionais de enfermagem, de acordo com o site *portal da saúde*, salienta-se:

- Em 1968 surgem os DL n.º 48357 de 27 de abril de 1968 e o n.º 48358 de 27 de abril de 1968, a carreira dos enfermeiros é uniformizada com o Estatuto Hospitalar e Regulamento Geral dos Hospitais que emergiram dos DL referidos;
- Em 1971 o DL n.º 413/71 de 27 de setembro reorganiza o MS nomeadamente no que respeita à assistência, garantindo o acesso aos serviços de saúde, se bem que, limitado aos recursos existentes em cada instituição. Em concomitância surge uma nova estruturação das carreiras tanto do ensino da enfermagem como da enfermagem de saúde pública;
- Em 1976 é aprovada a Constituição da República Portuguesa que define no artigo 64.º questões relacionadas com a saúde nomeadamente no n.º 1 *“Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.”* No n.º 2 alínea a) *“Através de um serviço de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”*, o n.º 3 alínea a) define ainda que a salvaguarda do direito à saúde é responsabilidade do Estado devendo este *“Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação.”*
- O DL n.º 305/81, de 12 de Novembro aprova a carreira de enfermagem.
- No ano de 1982 através do DL n.º 357/82, de 6 de setembro o SNS ganha autonomia financeira e administrativa. Nesse mesmo ano o DL n.º 254/82 de 29 de junho permite a formação das ARS;
- O Ministério da Saúde (MS) é criado em 1983 através do DL n.º 344-A/83, de 25 de julho;
- O DL n.º 57/86 de 20 de março define que os serviços do SNS não têm como objetivo o lucro através da prestação dos seus serviços, devendo os preços a cobrar aproximarem-se, o mais possível, dos preços de custo do serviço prestado. No sentido de evitar uma utilização excessiva dos serviços foi prevista uma taxa a cobrar aos utentes;
- Em 1988 com a introdução do Decreto Regulamentar n.º 3/88 de 22 de janeiro, são introduzidos gestores designados ministerialmente com a introdução simultânea de um perfil de gestão empresarial;
- A Lei de Bases da Saúde n.º 48/90 de 24 de agosto é aprovada. Pretende-se através desta lei que a responsabilidade relativa à proteção da saúde seja partilhada entre o estado e os cidadãos. Define, também, medidas de proteção a aplicar a cidadãos carenciados financeiramente e com riscos de saúde superiores, através da isenção de pagamento de taxas moderadoras;

- O regime geral da carreira de enfermagem é aprovado através do DL n.º 437/91, de 8 de novembro, ficando desde então definida a caracterização dos cuidados de enfermagem, as suas competências específicas e responsabilidades. São, também, abordadas as normas deontológicas e os direitos e os deveres dos enfermeiros.
- O regulamento das ARS é criado através do DL n.º 335/93 de 29 de setembro e o novo estatuto do SNS através do DL n.º 11/93, de 15 de Janeiro implementando alterações organizacionais que visam uma melhor articulação entre os serviços de cuidados de saúde primários e serviços diferenciados;
- Através da resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, de 4 de dezembro, procedeu-se a uma reestruturação no que diz respeito à formação dos enfermeiros, passando as Escolas Superiores de Enfermagem para a tutela do Ministério da Educação, e também, a passagem da formação geral do grau de bacharelato para licenciatura;
- No ano de 2002, viram-se aprovadas, através da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, alterações no modelo de gestão hospitalar, com o qual se inicia a gestão hospitalar com um modelo empresarial. Verificou-se também através do DL n.º 39/2002, de 26 de fevereiro, alterações no que diz respeito à aquisição de bens e serviços tendo estas sido flexibilizadas;
- O DL n.º 309/2003, de 10 de dezembro, aprova a Entidade Reguladora da Saúde, retirando do estado a função de regular e supervisionar as operações e o financiamento;
- Em 2005 é publicado o DL n.º 95/2005, de 7 junho, permitindo o surgimento das Entidades Públicas Empresariais (EPE). A criação destas entidades, em substituição das Sociedade Anónimas, tinha como intuito melhorar a gestão dos recursos do SNS.
- Em 2009, através do DL n.º 33/2009 de 14 de junho, um doente ao ser admitido num serviço de urgência passa a poder ter acompanhante, sendo as normas relativas a esse mesmo acompanhamento, definidas pela instituição.
- Em 2011 é aprovada a Portaria nº 198/2011, de 18 de maio, que permite a prescrição eletrónica.
- Em 2014 a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, regulamenta o acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços transpondo a Diretiva n.º 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012.

A reorganização a nível hospitalar objetiva, segundo o Despacho do MS de junho de 2010 – *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*, com os objetivos de melhorar o acesso, de incrementar a qualidade dos serviços e, ainda, a satisfação dos utentes e dos profissionais. Para alcançar os objetivos propostos tornou-se necessário reformular a organização interna dos hospitais tendo em vista a sustentabilidade financeira dos mesmos.

1.1.2 Distribuição Hospitalar

Atualmente, segundo a ACSS, existem em Portugal Continental 103 hospitais públicos distribuídos entre 5 ARS. As regiões autónomas da Madeira e dos Açores possuem 6 instituições distribuídas entre 4 ilhas.

Funcionalmente, no continente os hospitais estão enquadrados nas ARS do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Na Madeira enquadram-se no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) e nos Açores na Secretaria Regional de Saúde (SReS).

As ARS foram criadas ao abrigo do DL n.º 254/82, de 29 de junho, e posteriormente pelo DL n.º 111/93, de 15 de janeiro constituindo órgãos funcionais com autonomia administrativa e financeira, com a função de distribuição de recursos, de orientação e coordenação de atividades, de gestão de Recursos Humanos (RH), e também, de avaliação das instituições que se encontram dentro da sua área funcional. Recai, ainda, sobre estas administrações a responsabilidade pela saúde das populações segundo a Lei 48/90 de 24 de agosto (lei de bases da saúde).

O total de hospitais do SNS prestam atendimento à população portuguesa que, segundo dados do INE, obtidos através dos censos realizados em 2011 era de 10 374 822 pessoas. Contudo, pode acrescentar-se a este número os atendimentos realizados através de acordos de cooperação com outros países como o caso dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ou de cidadãos não residentes.

Em *Apêndice III* encontra-se uma tabela que demonstra com detalhe a distribuição hospitalar por distrito e por ARS.

Dentro da rede hospitalar mencionada podemos contar com a totalidade dos serviços de saúde hospitalar existentes entre os quais os atendimentos urgentes, os serviços de internamento, as consultas externas, reabilitação, as especialidades médicas e cirúrgicas, os blocos operatórios, os cuidados intensivos e as farmácias hospitalares.

Em *Apêndice IV* é possível observar, através dos gráficos de distribuição hospitalar por distrito e ARS, que embora a maior concentração de hospitais se encontre no distrito de Lisboa, é a ARS do Norte quem tem mais instituições hospitalares. Podemos, também, verificar que o distrito de Aveiro possui 8 instituições que se encontram divididas entre 2 ARS distintas (Norte e Centro). No que se refere à distribuição hospitalar é de salientar que várias pertencem ao mesmo Grupo Hospitalar, através da junção de diferentes instituições, sob os mesmos órgãos de gestão denominando-se de EPE.

1.1.3 Organização Hospitalar

Segundo Graça (1994:27), hospital deriva “(...) do latim medieval *hospitale* (lugar onde se recebem pessoas que necessitam de cuidados, alojamento, hospedaria), do latim *hospitalis*, relativo a *hospites*, hóspedes ou convidados”.

As unidades hospitalares são organizações de elevada complexidade e preponderância no que respeita à prestação de cuidados de saúde. Nas instituições hospitalares, dependendo da sua dimensão, é possível encontrar variadíssimos serviços com diferentes graus de especialização, onde exercem funções equipas multidisciplinares. As questões administrativas, políticas e orçamentais e, ainda, as redes de referência contribuem para essa complexidade. As instituições hospitalares são quem contempla maior número de profissionais de enfermagem a exercerem funções dentro do SNS.

Segundo o despacho do MS de junho de 2010 – *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais* – o modelo organizacional vigente nos hospitais não sofreu alterações profundas desde a sua constituição no período de pós guerra. Esta afirmação é de certa forma contraditória na medida em que é possível constatar, através da história do SNS, que foram existindo mudanças de fundo a nível legislativo no que concerne às instituições hospitalares e ao próprio MS.

O MS afirma ainda que, na tentativa de concretizar mudanças, procede ao que apelida de “empresarialização” dos hospitais através da criação de EPE’s. Contudo o MS reconhece que as alterações observáveis eram sobretudo ao nível da agilidade na contratação de RH e alterações positivas ao nível da negociação no que toca a aquisições.

O que se constata, com a evolução do SNS, é que as instituições abdicaram do conceito de hospitalidade, e de uma filosofia de caridade, para uma efetiva prestação de cuidados de saúde através de profissionais cada vez mais qualificados e diferenciados, por meio da formação académica e especialização em diferentes áreas do saber, passando a exercer as suas funções integrados em equipas multidisciplinares.

Assim o defende Chiavenato (1999) ao referir que organização (hospitalar) é um sistema que integra diferentes atividades, constituído por diferentes elementos com normas, valores e comportamentos, desenvolvendo atividades para alcançar um objetivo transversal a todos.

Atualmente, e segundo a ACSS no seu site, Hospital pode ser definido como *“Estabelecimento de saúde (com cuidados diferenciados), dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e investigação científica.”*

Os hospitais, de acordo com diferentes fatores, possuem níveis de diferenciação distintos, sendo que de acordo com a ACSS os critérios são os seguintes:

- Área geográfica de influência;
- Diferenciação;
- Capacidade de intervenção técnica;
- Hierarquização de valências e número das mesmas;
- Regime de propriedade;
- Figura jurídica;

- Ensino universitário/formação;
- Situação na doença;
- Ligação entre instituições;
- Efeitos do sistema de financiamento;
- Efeitos de faturação dos episódios de urgência, de acordo com a Portaria n.º 567/2006 de 12 de junho;
- Quanto à qualidade dos dados recolhidos na base de dados da aplicação informática LDRG.

Na Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, é possível consultar os critérios de categorização dos serviços e estabelecimentos do SNS, no que diz respeito às responsabilidades e valências existentes, assim como, o seu posicionamento na rede hospitalar existente.

As ARS possuem diversas atribuições, consagradas no DL n.º 22/2012, entre elas pode-se destacar a capacidade de definir e decidir sobre questões financeiras, a fusão de serviços e a mobilidade e contratação de profissionais. Assim sendo é possível afirmar que, as suas linhas orientadoras, são cruciais para a definição do trajeto das instituições hospitalares.

Estas afirmações enquadram-se, também, no que afirma Chiavenato (1999) quando refere que as instituições de saúde estão sujeitas a influências demográficas, de mobilidade, económicas, financeiras, sociais, culturais, legislativas, tecnológicas e funcionais.

De referir, também, que as instituições hospitalares para além de se enquadrarem nos cuidados de saúde secundário e terciário, são palco de ensino de diversas valências e profissões assim como no âmbito da investigação.

A variabilidade funcional, heterogeneidade de profissionais, âmbitos distintos de atuação e constante evolução tecnológica e paradigmática contribuem, de forma decisiva, para que as instituições hospitalares se tornem um campo de elevada exigência para os serviços de HST. Esta complexidade, especificamente no contexto das instituições hospitalares, poderá contribuir para um aumento da incidência e prevalência de AT.

De acordo com a Occupational Safety and Health Administration (OSHA), que cita o Bureau of Labour Statistics no seu site, existem especificidades em ambiente hospitalar que conferem um risco acrescido para o trabalhador. Estas especificidades incluem, por exemplo, a mobilização de doentes com mobilidade limitada, que pode ser agravada em caso de obesidade do doente, o perigo de exposição a agentes patogénicos, e também, o atendimento a doentes do foro psiquiátrico. O mesmo organismo refere ainda que, a cultura de não maleficiência preconizada por profissionais da área da saúde os impele a elevar a segurança e o benefício do doente acima de qualquer outra premissa, colocando-se assim, potencialmente em risco.

O parágrafo anterior é complementado por Allison *et al.* (2008) que referem que o trabalho em hospital possui algumas especificidades como o trabalho por turnos e turnos longos, que aumenta a morbilidade e a incidência de patologias do foro psiquiátrico em profissionais de saúde.

Veiga (2003) refere também que se verifica que os profissionais de saúde, por possuírem conhecimentos na área da saúde e acesso facilitado e informal a médicos e exames de diagnóstico, tendem a ser autónomos no tratamento de patologias próprias tendo como consequência uma diminuição da utilização de cuidados de saúde ocupacional, vocacionados para o tratamento de patologias associadas a AT. O mesmo autor refere ainda que nas instituições hospitalares, no que diz respeito aos enfermeiros o objetivo primordial é a prestação de cuidados ao doente, tendo a sua abordagem principalmente direcionada nesse sentido, descurando questões relativas aos próprios trabalhadores.

Este fenómeno pode indicar uma redução das participações de AT nestas instituições, sendo que, segundo a OSHAS dos 1 556 930 enfermeiros a trabalhar em hospitais nos Estados Unidos da América em 2001, existiram 157,5 participações de AT por cada 10.000. Estima ainda, que 26% dos AT ocorridos não são reportados aos serviços de HST ou saúde ocupacional (SO).

Ainda em relação à organização hospitalar, podemos referir a especificidade intrínseca de cada uma das instituições. Tendo em consideração, por exemplo, que as instituições hospitalares foram construídas em épocas distintas, que algumas funcionam em infraestruturas que foram inicialmente projetadas com outro objetivo, com recurso a diferentes tecnologias, com enquadramento legal distinto, e que, foram adaptadas, possuindo assim as suas próprias especificidades no campo da HST e da prestação de cuidados de saúde. Neste âmbito, cabe salientar o hospital de Setúbal, construído de raiz para a prática de cuidados de saúde, e o hospital do Outão, que pertence ao mesmo grupo hospitalar, feito num antigo convento e, cuja intenção inicial não era a prestação de cuidados de saúde.

Outra questão pertinente é a de que as instituições de saúde são projetadas, construídas e, os RH selecionados tendo em consideração a população que irão abranger. As populações sofrem, contudo, alterações no que diz respeito ao número e características, sendo que existem hospitais que neste momento se encontram subdimensionados para a população que abarcam como o caso do Hospital Amadora-Sintra ou, as alterações sazonais principalmente em zonas turísticas como o caso do Hospital de Faro durante a época balnear. Acrescenta-se ainda a variedade de valências existentes em diferentes instituições como serviços de urgência, psiquiatria entre outros.

Com as constantes mudanças nas instituições hospitalares, quer seja nos órgãos de gestão, na melhoria da formação e informação dos profissionais de saúde, com a amplitude mediática que algumas doenças tomaram (como o síndrome da imunodeficiência humana (HIV) por exemplo na década de 80) e, através da introdução de legislação que transfere o ónus do AT para o empregador, tem-se verificado gradualmente uma mudança dos paradigmas inerentes à HST, também em instituições hospitalares.

Os órgãos de gestão têm cada vez mais, vindo a adaptar o trabalho ao homem quando se verificava precisamente o inverso. Tal implica necessariamente que seja dado cada vez mais ênfase ao controlo dos riscos no intuito de reduzir a sinistralidade. Ainda assim a área de

prestação de cuidados de saúde é bastante sensível, com particularidades inerentes onde se verifica um cuidado acrescido e essencial, no que diz respeito à segurança da prestação dos cuidados em função do doente.

1.1.4 Organização do Trabalho

A organização do trabalho assim como o seu próprio conceito varia consoante a abordagem usada, o tipo de organização e de trabalho a efetuar. No que diz respeito às instituições hospitalares, devido à sua variabilidade de tarefas, dimensão e localização, não existem formas específicas de organização do trabalho.

Contudo é possível abordar a organização do trabalho no geral, e mais especificamente, por ser âmbito deste trabalho, sob a perspetiva teórica da HST.

Antes porém, é importante reafirmar que nos hospitais se verifica a existência de equipas multidisciplinares compostas pelos mais diversos profissionais com diferentes áreas do saber desde a saúde à engenharia passando pela gestão e não menos importante os serviços de HST.

Segundo a Agenda do Trabalho Digno da organização internacional do trabalho (OIT), trabalho digno é definido como sendo *“as aspirações do ser humano no domínio profissional e abrange vários elementos: oportunidades para realizar um trabalho produtivo com uma remuneração equitativa; segurança no local de trabalho e proteção social para as famílias; melhores perspectivas de desenvolvimento pessoal e integração social; liberdade para expressar as suas preocupações; organização e participação nas decisões que afectam as suas vidas; e igualdade de oportunidades e de tratamento para todas as mulheres e homens.”*

Importa, também, referir que o direito ao trabalho se encontra consagrado na Constituição da República Portuguesa Artigo 58.º alínea 1.

O conceito lato de trabalho tem sofrido várias alterações ao longo da história, quer seja através do surgimento de novas áreas como a sociologia quer através da evolução da própria sociedade e das suas políticas. Contudo um significado geral e usualmente aceite é o de que o trabalho é o ato ou efeito de trabalhar, constituindo um conjunto de atividades desenvolvidas pelo homem que, através do esforço manual ou intelectual alcançam a produção de bens. O trabalho efetuado, ou atividade é prestada a outrem ou em benefício próprio, habitualmente regulada através de um contrato em que deverá existir uma contrapartida para o executante do trabalho.

No que diz respeito à sua organização, através de um sistema de trabalho, que se pode considerar como um conjunto de princípios ordenados e convergentes para um objetivo, Lima (2002) defende que existem 7 particularidades que se tornam importantes conhecer.

A **tarefa** que é atribuída ao trabalhador com o intuito de alcançar um objetivo definido pelo sistema, sendo que as funções desempenhadas deverão ter em consideração esse objetivo.

As **entradas**, que se definem por recursos que são tratados ou convertidos de alguma forma. Os recursos poderão ter diferentes significados, neste caso específico tratamos de pessoas que necessitam de cuidados de saúde.

As **saídas** representam as entradas após a sua modificação, poderão ser informações, objetos ou matéria prima, ou neste caso específico, o doente após receber cuidados de saúde.

O **Homem**, ou trabalhador, sendo que é este quem atua sobre as entradas, com o objetivo de realizar a tarefa designada com os recursos disponíveis. Segundo o autor é necessário que exista competência para a realização da tarefa que é adquirida através da experiência e do conhecimento, a habilidade necessária para a realização da tarefa e a responsabilidade quanto aos processos e objetivo final.

Os **meios de trabalho** são considerados como os recursos usados para alcançar o objetivo final através das tarefas. Os meios de trabalho revelam a capacidade do sistema em processar as entradas através dos referidos recursos alcançando o objetivos final, as saídas.

O **processo de trabalho** consiste na execução de uma determinada tarefa. Define de forma pormenorizada a forma como as entradas foram transformadas em saídas através da utilização dos recursos disponíveis. Como exemplo simples sobre a avaliação da tensão arterial, em ambiente hospitalar, no processo de trabalho de um enfermeiro (Homem). A avaliação da tensão arterial (representa a tarefa) de um doente (entrada), implica que o enfermeiro possua conhecimento sobre a forma como operar o esfigmomanómetro (meio de trabalho e recurso) e sobre a temática da tensão arterial. Outros materiais como o desinfetante usado para o estetoscópio podem ser considerados como recurso auxiliar. Para a tarefa ser concluída é necessário que o enfermeiro respeite os passos preconizados para a avaliação de tensão arterial, desde a escolha do tamanho adequado e a posição da braçadeira no braço do doente até à posição do próprio doente (processo de trabalho).

A ocorrência de um desvio no processo de trabalho poderá originar um acidente, o que se poderá traduzir, neste contexto específico, como a necessidade do sistema se adaptar à finalidade.

Importa também referir que, segundo o mesmo autor, todo o processo pode sofrer influências positivas ou negativas através de estímulos externos.

Por fim há que considerar as influências exercidas pelo meio ambiente no processo de trabalho. No caso da enfermagem podemos considerar ritmos de trabalho, iluminação e o relacionamento com a equipa como exemplo de influências físicas, organizacionais e psicossociais.

Silva (2015), refere ainda o *feedback*, que representa a influência que as saídas exercem sobre as entradas, com a particularidade de proporcionar um equilíbrio do sistema. Na área da saúde podemos considerar as reclamações, o sucesso de um determinado tratamento ou a satisfação do doente e família.

Todo este processo necessita contudo de ser contextualizado na prestação de cuidados de saúde e do atendimento ao utente que é um ser bio-psico-sociocultural, com a sua individualidade e problemas específicos em interação com o meio ambiente.

Nesse sentido torna-se difícil a medição da produção de um hospital. Segundo João Urbano e Margarida Bentes (1988) numa conferência subordinada ao tema *Financiamento e Gestão de Serviços Hospitalares*, referem que a complexidade da medição de variáveis como a dor ou o isolamento social, a heterogeneidade do processo de tomada de decisão relativamente à admissão de doentes, tratamento e alta, e por fim a inter-relação entre as decisões tornam complicada senão impossível a medição da produção.

1.2 Enfermagem

Os enfermeiros são neste momento o elemento mais representativo do SNS. A profissão de enfermagem teve uma evolução significativa desde os seus primórdios. Essa evolução tem por base o conhecimento científico e as alterações implementadas no ensino. A par dessa evolução também a tecnologia, as doenças e os tratamentos evoluíram, expondo os enfermeiros a riscos cada vez mais diferentes. A HST também evolui simultaneamente permitindo conhecer cada vez mais e melhor os riscos a que os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros podem estar expostos.

1.2.1 Evolução da Carreira e do Ensino de Enfermagem

A Enfermagem e os seus profissionais tal como os conhecemos hoje são fruto de um processo longo de evolução.

Em dezembro de 1967, a carreira de enfermagem foi estruturada entre Enfermagem Hospitalar, Saúde Pública e Ensino. Tendo sido alterado posteriormente em 1991 para a prestação de cuidados, gestão e assessoria.

Atualmente a carreira de enfermagem divide-se entre a Carreira Especial de Enfermagem e a Carreira de Enfermagem. Contudo, devido ao congelamento da progressão da profissão de enfermagem, não se verifica qualquer evolução na carreira destes.

Para abordar a carreira de enfermagem em Portugal torna-se incontornável perceber também a sua evolução, principalmente no que diz respeito à formação dos enfermeiros em Portugal.

É impossível, deixar de referir que a Enfermagem tal como a conhecemos hoje tem início com Florence Nightingale, pois é com ela que se inicia o percurso que nos conduz à enfermagem nos dias de hoje, através da sua visão de uma enfermagem baseada na ciência defendendo a formação contínua dos enfermeiros.

- Os primeiros cursos de Enfermagem surgem em 1881 nos Hospitais da Universidade de Coimbra;
- Na década de 1930-40 com o surgimento dos primeiros sindicatos iniciaram-se as conversações sobre as questões de HST na profissão, relacionadas com os riscos decorrentes do exercício da Enfermagem por se considerar existir falta de proteção da integridade física dos enfermeiros;

- Em 1950 o ensino da Enfermagem passa para 3 anos e já nessa altura só os detentores de um diploma eram autorizados a exercer a profissão;
- Em 1967 foram constituídas 3 carreiras de enfermagem: saúde pública, hospitalar e ensino.
- Em 1973 foi realizado o primeiro Congresso Nacional de Enfermagem;
- Em 1974 existiam três mil Enfermeiros em Portugal, comparativamente ao número consideravelmente mais elevado que se verifica nos dias de hoje;
- Em 1988 o Curso de Enfermagem passa a fazer parte integrante dos Institutos Politécnicos e passa ao grau académico de Bacharelato;
- Em 1996 o exercício da Enfermagem passa a ser regulamentado pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e em 1998 foi criada a OE;
- Em 1999 inicia-se o Curso de Licenciatura em Enfermagem, com um ciclo de estudos de 4 anos, conferindo o grau de licenciado.

Esta evolução tem vindo a permitir aos enfermeiros um nível de conhecimento cada vez mais elevado, obtido através da formação de base, mas também, através de Cursos de Pós-Graduação, Especialidade, Mestrado e Doutoramento.

Uma das áreas da Enfermagem é precisamente a SO, onde o enfermeiro presta cuidados de saúde a trabalhadores. Os cuidados de saúde referidos não se resumem à prestação de cuidados curativos, mas também, e mais importante, à vigilância da saúde e prevenção da doença.

A obrigatoriedade da existência de um enfermeiro do trabalho está consagrada na Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro no artigo 104, que refere que o médico do trabalho a exercer funções em empresa com mais de 250 trabalhadores deverá ser coadjuvado por um enfermeiro com experiência adequada.

Atualmente a enfermagem é uma profissão autónoma, com profissionais altamente qualificados em diversas áreas do saber. Será um desafio dotar, também os enfermeiros, de conhecimentos na área da HST e permitir a aplicação desses conhecimentos na sua prática profissional, permitindo assim uma melhoria dos cuidados prestados aos doentes e a diminuição dos AT verificados neste grupo, que é o mais representativo, quantitativamente, dos profissionais de saúde a exercer funções em ambiente hospitalar.

Nesse sentido a OE publicou o Regulamento n.º 372/2018, de 15 de junho onde define o *“perfil e os termos de certificação acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho, no âmbito do exercício profissional do exercício profissional de enfermagem”*.

1.2.2 Riscos Profissionais

Os riscos profissionais fazem parte de qualquer atividade profissional, independentemente da sua gravidade. Existem também, como já referido, atividades profissionais com maior incidência de AT e, cujos AT possuem um grau de perigo maior, com consequências mais sérias incluindo a morte.

Ainda dentro de cada uma das atividades profissionais podemos referir a existência de populações de risco acrescido. No caso da enfermagem, podem-se destacar as grávidas.

A lista de doenças profissionais consta no Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 maio revisto no Decreto Regulamentar n.º 76/2007 de 17 de Julho.

Freitas (2011) defende a saúde no trabalho como um equilíbrio entre a capacidade do ser humano e o conjunto de constrangimentos a que este se encontra sujeito. Existem para este autor diversos fatores que poderão influenciar este equilíbrio como a idade, formação, condições pré-existentes e atuais, motivação e estilo de vida. O mesmo autor afirma também que os constrangimentos podem ser de natureza física, intimamente relacionados com a atividade exercida e, os de natureza mental como o trabalho por turnos, trabalho noturno ritmos de trabalho e monotonia.

É possível através do parágrafo anterior perceber que os enfermeiros se encontram sujeitos a diversos constrangimentos que podem influenciar diretamente a sua saúde no local de trabalho.

Para Cabete (2000), os profissionais de enfermagem pela natureza do seu trabalho encontram-se sujeitos a diversos riscos, realçando o contacto ou exposição a riscos químicos, físicos, biológicos ou, pelas condições de trabalho.

Ainda segundo a mesma autora podemos considerar que os enfermeiros se encontram sujeitos, para além do risco profissional a situações de penosidade, definidas pela mesma, como situações que possuem uma componente psicológica perturbadora, o desconforto e alteração dos riscos biológicos dando o exemplo do trabalho por turnos contacto com a dor e morte aliados à elevada responsabilidade do trabalho.

É ainda importante considerar questões de insalubridade que define como as condições de higiene, saúde e segurança no local de trabalho, através da exposição a agentes infecciosos relacionados com manutenção insuficiente de sistemas de ventilação ou o trabalho domiciliário, estes são, para esta autora, fatores importantes nas condições de trabalho dos enfermeiros.

No que diz respeito à segurança, a ainda segundo Cabete (2000) podemos diferenciar quatro aspetos distintos o fogo, a iluminação, a temperatura e a violência. Já Bulhões (1998), refere os riscos de natureza física como as radiações ionizantes e não ionizantes, ruído, vibração, pressão anormal, temperatura, eletricidade e iluminação. Freitas (2011) classifica os riscos entre físicos, químicos, biológicos, ergonómicos e psicossociais. Serão seguidas estas classificações nas alíneas seguintes para abordar os riscos de trabalho em ambiente hospitalar. Posteriormente serão também abordados fatores que poderão influenciar os riscos de trabalho.

1.2.2.1 Riscos Biológicos

Por agentes biológicos podemos entender, segundo a definição apresentada por Rodrigues *et al.* (2003), microrganismos passíveis de causar infeções, alergias ou intoxicações. Ribeiro (1997) refere agentes animados como vírus, bactérias ou fungos. Segundo o Sindicato dos

Enfermeiros Portugueses (SEP) (2000), microrganismos como a *Legionella* ou bacilo da tuberculose multirresistente, não podem ser ignorados, o que, realça a importância deste risco específico. Já de acordo com a Diretiva 2000/54/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de Setembro de 2000, agente biológico é definido como, microrganismos incluindo os geneticamente modificados, culturas de células e os endoparasitas humanos suscetíveis de provocar infeções, alergias ou toxicidade, e a sua gravidade e probabilidade de causar doenças são definidas em 4 grupos distintos.

Existem diferentes agentes biológicos, referidos na Portaria n.º 405/98, de 11 de julho e na Portaria n.º 1036/98, de 15 de Dezembro, que referem os agentes biológicos considerados pelos MS e do Trabalho e da Solidariedade. São estes divididos entre bactérias, vírus e fungos em consonância com definições apresentadas por diferentes autores.

A Lei n.º102/2009, de 10 de Setembro aborda os riscos biológicos, no artigo 15º das obrigações gerais do empregador. Refere que este deve assegurar que, agentes biológicos não colocam em risco a saúde do trabalhador, sendo que o trabalho em unidades de saúde constitui uma atividade com maior risco de exposição biológica.

Segundo Maia (2005), os riscos biológicos são já conhecidos desde 1940, podendo afetar não só profissionais de saúde como também qualquer pessoa em contacto com o doente ou com equipamentos infetados.

No que diz respeito às formas de transmissão, estas podem ser, segundo Freitas (2011), através de contacto direto ou indireto, através de via aérea, por ingestão ou por via percutânea sendo as portas de entrada os aparelhos digestivo, respiratório, pele e membranas mucosas e placenta. Entre as doenças transmissíveis podem-se realçar alguns exemplos como Hepatite, Tuberculose Pulmonar (TP), HIV ou Influenza.

O contacto com agentes biológicos pode ser variável dependendo do serviço onde se exercem funções. Um serviço de urgência que atende casos, como por exemplo, nos surtos mais recentes de H₁N₁ ou hepatite A pode diferir de outros serviços como a consulta externa, a título de exemplo.

De referir também, que a área geográfica onde se encontra a instituição poderá ter alguma relevância, pois segundo dados da PORDATA no seu site a maior concentração de casos de infeção por HIV encontra-se nas grandes cidades como é o caso do Porto e de Lisboa.

Os enfermeiros devido à natureza do seu trabalho contactam frequentemente com microrganismos através de secreções, excreções e colheitas de produtos biológicos expondo-os assim a agentes biológicos. O contacto com agentes biológicos é muitas vezes feito através de picadas e cortes com agulhas e bisturis, sendo que, segundo Arrabaço (2008), em duas instituições de Lisboa, entre 2002 e 2006, estas constituíam a principal ocorrência verificada com um total de 67% das participações de AT. Para Cabete (2000) os serviços de saúde são frequentados por uma população portadora de inúmeros microrganismos criando assim um risco

permanente para os enfermeiros, sendo os riscos acrescidos no caso das grávidas que exerçam funções em serviços de pediatria com risco acrescido de contacto com varicela, herpes, parotidite entre outros.

De referir que, no caso de transmissão de doenças, segundo Corte *et al.* (2005), o risco de contrair HIV por exposição sanguínea é de 0,4%, probabilidade muito inferior à hepatite B que se situa entre 10 a 35%. Estes indicadores são suportados por diferentes autores.

A ter também em consideração são as questões relacionadas com o atendimento urgente que poderá provocar a negligência de procedimentos de segurança devido à quantidade de tarefas a executar muitas vezes em curtos períodos de tempo.

Já segundo a ACSS em informação publicada no *Boletim informativo dos acidentes de trabalho e serviço atualização (2012-2014)*, os acidentes de trabalho por picada representam 22,9% do total de participações de AT entre todos os profissionais do SNS.

Existe também risco de surtos como o do H₁N₁, ou mais recentemente o ébola, sendo que, no caso deste último, foi necessária a preparação das instituições, estabelecimento de protocolos, ativados através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e das instituições de saúde, aquisição e disponibilização de equipamentos de proteção individual e formação de profissionais.

1.2.2.2 Riscos Químicos

Os profissionais de enfermagem entram diariamente em contacto com um numero considerável de químicos, que segundo Cabete (2000) são desinfetantes, solventes, agentes de limpeza e medicação que poderão implicar efeitos tóxicos, locais ou sistémicos.

Freitas (2011) refere que existem três tipos de intoxicação, aguda, subaguda e crónica. Refere também as vias de entrada como absorção através de membranas, por via respiratória, absorção pela pele e mucosas e via digestiva. Os mesmos poderão originar efeitos irritantes, cancerígenos, asfixiantes, sensibilizantes, corrosivos, anestésicos, pneumoconióticos e sistémicos. Podem atuar a nível local, sistémico e, serem agudos ou crónicos.

Segundo Cabete (2000) os produtos químicos com que os enfermeiros contactam poderão ter como consequências mais habituais reações dermatológicas, cefaleias, ou dificuldade respiratória. O contacto com agentes químicos poderá também potenciar condições pré-existentes como a asma. Por outro lado, a exposição prolongada poderá ter consequências como a infertilidade, abortos, malformações congénitas, patologia cardíaca, renal ou hepática ou ainda doenças oncológicas.

Em ambiente hospitalar podemos encontrar agentes como gases anestésicos, medicação cistostática, antissépticos, agentes de esterilização e antibióticos. Também se pode referir em contexto de urgência hospitalar o atendimento urgente a doentes com intoxicação por organofosforatos e a utilização continuada de luvas e de antissépticos.

1.2.2.3 Riscos Físicos

♦ Radiações Ionizantes

Segundo a publicação de autoria da Factor Segurança (2005) podemos caracterizar as radiações ionizantes como radiações possuidoras de energia suficiente para ionizar átomos e moléculas com as quais interagem, das quais se destacam raios X e Gama e, raios Alfa, Beta, Neutrões e Protões. Já para a Direção Geral de Saúde (DGS) a radiação ionizante tem a capacidade de penetrar na matéria, ionizar átomos, romper ligações químicas e causar danos tecidulares. A exposição a radiações ionizantes é também classificada como atividade ou trabalho de risco elevado segundo a Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro.

Ainda segundo a publicação da Factor Segurança (2005) as radiações ionizantes podem produzir efeitos somáticos e hereditários. Sendo que a exposição às mesmas possui efeitos cumulativos para diferentes órgãos, como os olhos, pele ou órgãos reprodutores.

As radiações ionizantes possuem também efeitos no feto, podendo provocar malformações diversas ou cancro, sendo que existem diferentes riscos mediante a semana de gestação em que a grávida se encontra segundo informações do *Committee on Biological Effects of Ionizing Radiation, National Research Council* (1990).

Relativamente à gravidez, puérpero e lactação, a Portaria n.º 229/96, de 26 de Junho estabelece a interdição à grávida de todo e qualquer posto de trabalho sujeito à exposição de radiações ionizantes.

Em situações específicas não é invulgar a necessidade de permanência de um profissional de saúde com o doente enquanto este é submetido a exames complementares de diagnóstico.

Segundo Cabete (2000) estes casos verificam-se principalmente em pediatria, na realização de exames hemodinâmicos ou com doentes com necessidade de serem tranquilizados, é descrito também pela DGS a exposição para efeitos de diagnóstico, procedimentos cirúrgicos e radioterapia.

A exposição a radiações ionizantes verifica-se principalmente em trabalhadores da área da saúde, que segundo Carvalho (2004), representavam 82% da população total.

Torna-se assim importante controlar a exposição e pesar o risco/benefício da atividade, cumprindo os limites impostos por lei.

♦ Radiações Não Ionizantes

Na sua atividade habitual os enfermeiros podem ser expostos a radiações não ionizantes como radiações ultravioleta, os raios laser, os campos magnéticos e radiofrequências.

As implicações para a saúde mais referidas por exposição a estas radiações são alteração da acuidade visual e perceção de cores.

Uva & Faria (1992) referem contudo que embora possível o risco destes efeitos é pouco significativo.

♦ Temperatura e Ventilação

Temperatura e ventilação são duas condições importantes. A temperatura em condições extremas poderá ser prejudicial à saúde. Cabete (2000) refere que as salas de trabalho possuem temperatura ajustada às necessidades dos doentes ou do trabalho a executar. Já para a mesma autora, suportada também por Corte *et all.* (2005), as fardas dos enfermeiros são demasiado quentes e desconfortáveis no verão não sendo também, adequadas para temperaturas mais frias. Existem ainda serviços como o de esterilização, neonatologia com as incubadoras ou ainda nas UCI com os doentes com arrefecimento controlado.

Se considerarmos o que Cabete (2000) e Corte *et all.* (2005) afirmam, em muitos serviços as janelas não podem ser abertas, o que aliado à falta de manutenção nos sistemas de ventilação, com a incapacidade de renovar todo o ar das instituições controlando variáveis como a temperatura e humidade, concomitantemente com a ausência de humidificadores, poderão acarretar riscos para a saúde do trabalhador.

♦ Ruído

Existem diversas definições de ruído. Richardson *et all.* (2009) definem ruído como qualquer som perturbador, constituindo um estímulo indesejável que segundo Akansel & Kaymakci (2008), é passível de causar perturbação ou irritação a um indivíduo.

A exposição ao ruído poderá provocar também perda da acuidade auditiva a longo prazo e segundo Maia (2005), poderá ter influencia negativa na execução de trabalhos que requerem um índice de concentração elevado.

Em ambiente hospitalar existem inúmeras fontes de ruído passíveis de gerar incómodo nos profissionais de saúde. Segundo Akansel & Kaymakci (2008) existem alguns exemplos como ruído de aspiradores, alarmes de monitores, telefones, visitas, admissão de doentes, deambulação e conversas entre profissionais, utilização de equipamentos de Rx, ruído de doentes entre outros, a que se poderá acrescentar ambulâncias, e utilização de diferentes equipamentos como impressoras, entre outros.

A OMS definiu em 1999 limites sonoros para instituições hospitalares que não deverão ultrapassar os 40dB durante o dia e os 35dB durante o período noturno. Pugh (2007) refere que os níveis sonoros em UCI são consideravelmente superiores aos recomendados, com valores máximos que atingem os 120dB. A par da determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a legislação em vigor define os limites de exposição ao ruído através do Decreto-Lei n.º 182/2006, de 6 de Setembro que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2003/10/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de Fevereiro.

Para Miguel *et all.* (2010) exposição a 80dB por períodos de 8 horas ou de pico igual ou superior a 135dB já poderá ter consequências para a acuidade auditiva.

Existem questões de fácil resolução como a diminuição do volume dos alarmes e dos monitores a título de exemplo. Mais complexas serão medidas de engenharia como melhoria do isolamento das unidades e das salas dos doentes.

♦ Iluminação

A iluminação é essencial para boa prestação de cuidados de saúde auxiliando na garantia de segurança na execução dos mesmos. Freitas (2011:574) afirma que “os locais de trabalho devem dispor de iluminação adequada que assegure o desempenho visual das tarefas e um ambiente concordante com as exigências de SST”.

Existem diferentes conceitos que deverão ser tidos em consideração para o projeto de iluminação de um determinado local. A saber, a adaptação, acomodação, acuidade visual, encadeamento direto e por reflexão, iluminação geral e local, fluxo luminoso, iluminância e luminância. Já a qualidade da iluminação depende de fatores como o tipo de iluminação, a disposição das luminárias, contraste, encadeamento e refração.

Em ambiente hospitalar necessidade de iluminação é variável consoante o local onde são desempenhadas as tarefas. A título de exemplo o trabalho em Bloco Operatório requer iluminação diferente da sala de armazenamento de terapêutica. A ISO 8995 apresenta os níveis de iluminação consoante a atividade a desempenhar e a DIN 5035 o padrão de iluminação consoante a finalidade do espaço ou tipo de atividade. De acordo com as normas referidas e os exemplos apresentados uma sala de armazenamento de terapêutica deverá ter em média 200 lux de iluminação e um Bloco Operatório 1000 lux.

Corte *et al.* (2005) defendem que a iluminação pode conduzir a erros e acidentes como quedas ou induzir cefaleias ou patologia oftalmológica ao trabalhador. Freitas (2011) faz referencia a riscos como fadiga ocular e visual onde enquadra diminuição da rapidez perceptiva e velocidade de reação insónias ou sensação de mal-estar. Estas condições podem conduzir a acidentes de trabalho e a posturas incorretas no local de trabalho.

Tendo em consideração que Alegre (1995) afirma que 80 a 85% dos estímulos são recebidos através da visão a importância de uma correta iluminação ganha contornos acrescidos.

♦ Fogo

O fogo poderá ser provocado por utilização de equipamento obsoleto ou Instalações elétricas sobrecarregadas. Cabete (2000) refere que nem sempre são adquiridos materiais não inflamáveis tais como mobiliário ou até mesmo a farda dos enfermeiros. De referir ainda a falta de treino no que diz respeito à utilização de extintores por parte de enfermeiros e que, os mesmos, poderão ter que participar na evacuação de doentes em caso de incêndio.

Cada hospital deverá ter o seu próprio plano de emergência tendo em consideração as suas características possibilitando assim a mitigação de riscos em caso de incêndio.

As instituições devem também ter em consideração o Decreto-Lei n.º 220/2008, de 12 de novembro alterado pelo Decreto-Lei n.º 224/2015 de 9 de outubro que define o Regime Jurídico da Segurança Contra Incêndios em Edifícios.

1.2.2.4 Riscos Psicossociais

♦ Violência

A Violência segundo Cabete (2000) é um factor importante em ambiente hospitalar. Segundo a OSHA através de dados do Bureau of Labor Statistics de 2001, nos EUA os episódios de violência representavam 9% das causas de lesão entre trabalhadores em contexto hospitalar. Maia (2005) refere que os enfermeiros e administrativos são quem mais sofre atos de violência, principalmente através dos próprios doentes e familiares, explicando que a razão se prende principalmente com questões diagnósticas, técnicas ou procedimentos administrativos. Alison *et al.* (2008) referem que nos EUA entre 1993 e 1999 ocorreram 1,7 milhões de incidentes relacionados com violência com 12% a declararem lesões físicas, 6% a necessitarem de cuidados médicos e somente 46% do total fez queixa nas entidades policiais.

Os tempos de espera em contexto de urgência também são alvo de críticas mais contundentes por parte dos doentes e famílias dando azo a agressões físicas e verbais.

Porque nos referimos instituições que funcionam 24 horas por dia sete dias por semana, que possuem estacionamento mal vigiados e com fracas condições de iluminação no exterior, se considerarmos que a maioria dos profissionais de enfermagem são do sexo feminino, logo mais vulneráveis, a gravidade é acrescida. Ainda segundo Cabete (2000) dentro dos serviços os enfermeiros chefes são os mais visados nas agressões. Os serviços cuja incidência de agressões verbais e físicas são maiores são os de urgência e psiquiatria, mas também os serviços com predominância de utentes idosos.

♦ Stresse

Freitas (2011) refere que o stresse é uma das maiores causas de doenças relacionadas com o trabalho na UE. Para Cabete (2000), o stress em ambiente hospitalar é reflexo de uma exigência cada vez maior em termos de produtividade para com os enfermeiros, não tendo sido acompanhada por um ajuste do número de profissionais a exercer funções, implicando a utilização de um sistema de trabalho à tarefa com diminuição da individualização dos cuidados de saúde prestados com sentimentos de frustração associados.

A definição de stresse segundo Freitas (2011) é, a incapacidade de o trabalhador fornecer uma resposta adequada ou eficaz aos estímulos do meio ambiente, secundária a um desgaste prematuro do organismo. Surge então o *Burnout* referido por Garcia (2003) como em esgotamento físico e psicológico do trabalhador, caracterizado por sentimentos negativos em relação ao trabalho e doentes.

Freitas (2011) refere que existem diferentes fatores que influenciam o stresse no profissional, que divide entre fontes de stresse e características pessoais do indivíduo.

Como já referido o contacto com a morte e o sofrimento dos doentes podem provocar angustia e ansiedade e posteriormente situações de stresse no enfermeiro uma vez que este no decurso da sua atividade tem que lidar com situações terminais, sendo que diferentes estudos apontam para o trabalho em oncologia pediátrica como um dos mais indutores de stresse.

Para Cabete (2000) o aumento dos níveis de stress poderá implicar também a adoção de estilos de vida menos saudáveis como o consumo de álcool, nicotina ou drogas incluindo ansiolíticos, assim como outras perturbações do foro psiquiátrico. Existem outras doenças associadas ao stresse como problemas cardíacos e circulatório, respiratórios, metabólicos, mas também podemos encontrar sintomas organizacionais como o absentismo elevado, elevada rotação de profissionais, mau controlo de qualidade ou relações de trabalho fracas.

A capacidade de trabalho dos enfermeiros em condições de stress também é afetada podendo conduzir a um aumento do numero de AT.

♦ **Assédio Moral**

Ainda que existam diversas definições, assédio é referido por Freitas (2011) como sendo um comportamento infundamentado e contínuo de acossamento e pressão psicológica para um trabalhador ou grupo de trabalhadores.

Carvalho (2009) afirma que existe um potencial de risco para a profissão de enfermagem, em relação ao assédio, pois verifica-se no seu quotidiano laboral a existência de fatores que estão associados ao assédio. O trabalho por turnos, stresse, trabalho em equipas multidisciplinares e precariedade tanto de recursos humanos como materiais. Freitas (2011) complementa ainda dizendo que o assédio apresenta uma dimensão preocupante na Europa. Hirigoyen (2002, citado por Ribeiro, 2012) refere que em Inglaterra, num estudo realizado com 1000 prestadores de cuidados de saúde, 38% sofreram uma forma de assédio moral e que 42% testemunharam comportamentos de assédio com colegas.

Outros dos fatores desencadeantes de assédio podem ser alterações na estrutura da organização, insegurança laboral, exigência profissional, cultura organizacional que não reconhece o problema que constitui o assédio ou relações hierárquicas e entre pares deficientes.

Leyman (1984) e Zapf, Knorz e Kulla (1996, citados por Freitas, 2011) definem alguns dos comportamentos típicos de assédio nas relações profissionais. Atribuição de atividades para as quais os indivíduos não possuem qualificações, violência física e verbal, propagação de rumores, diferenças de tratamento e desigualdades remuneratórias, manipulação de comunicação, entre outras.

As consequências descritas do assédio moral são a nível físico, mental e psicossocial, como stresse, depressão, fobias, perturbação do sono, problemas digestivos e músculo-esqueléticos e das quais resultam absentismo laboral, diminuição produtiva e perda de eficácia.

♦ Trabalho por Turnos

As funções biológicas humanas possuem um ritmo circadiano, segundo Estryn-Behar (1991, citado por Cabete, 2000) estes ritmos fazem parte do património genético individual e possuem uma elevada resistência à mudança. O nosso ritmo circadiano não está obrigatoriamente em sincronia com os horários laborais.

Os enfermeiros, principalmente em ambiente hospitalar, na maioria dos serviços, necessitam de trabalhar por turnos com o propósito de garantir a continuidade de tratamento a doentes durante 24 horas por dia, 7 dias por semana. Obrigatoriamente, essa necessidade altera o ritmo circadiano.

Os horários laborais pelos quais os enfermeiros se regem implicam para além da já referida alteração do ritmo circadiano, problemas de índole social e familiar, especialmente quando considerado o horário de saída entre as 22 e as 24 horas, pois o tempo familiar é ocupado pelo trabalho.

Já a nível físico são referidos distúrbios gástricos com aumento de peso associado, cefaleias, agressividade, distúrbios de sono e astenia. O facto de existirem também alterações no padrão social e de relacionamento interpessoal conduz a dificuldade acrescida na recuperação psíquica.

Estas questões podem conduzir a alterações na capacidade de trabalho dos profissionais conduzindo a AT.

1.2.2.5 Riscos Ergonómicos

Os riscos ergonómicos revestem-se de uma importância acrescida uma vez que muitos dos AT, como referido, são do foro músculo-esquelético. Faria (1987) refere que as instituições hospitalares, fruto das alterações quanto às necessidades de atendimento e avanços tecnológicos alteram os espaços físicos existentes, não acompanhando contudo, com a preocupação ergonómica relativa a condições de trabalho.

♦ Equipamentos de Trabalho

A manipulação de equipamentos faz parte do trabalho diário dos profissionais de enfermagem.

Segundo Cabete (2000), um dos grandes problemas relativamente aos equipamentos usados é que a sua aquisição não é sujeita a consulta prévia por parte dos enfermeiros, nem sempre se verificam cuidados de higiene adequados com os mesmos e também deficit de formação para a utilização de equipamentos específicos ou os mesmos encontrarem-se obsoletos.

Alguns riscos inerentes à manipulação de equipamentos enquadram-se dentro dos riscos referidos anteriormente, como o risco biológico no caso da picada por agulha ou devido à referida falta de condições de higiene dos equipamentos ou ainda outros como o risco elétrico ou queimaduras.

Os equipamentos usados por enfermeiros são diversos e impossíveis de enumerar no contexto do presente trabalho no entanto, os designados Equipamentos de Proteção Individual (EPI) fazem parte do uso diário e a sua inexistência coloca em causa a segurança do profissional.

Refere-se, também, que a falta de algum equipamento seja por inexistência, ou impossibilidade de utilização devido às condições físicas da instituição também poderão redundar em AT. Ainda segundo Cabete (2000) a utilização de equipamentos simples como os de transferência de posição de doentes poderá reduzir a quantidade de lesões musculares existentes.

♦ Carga Física

O trabalho físico é uma parte incontornável no trabalho efetuado pela maioria dos enfermeiros. Segundo Estryn-Behar (1991, citado por Cabete, 2000) 16% dos enfermeiros passam 4 horas por dia de pé, 28% 4 a 6 horas e 56% mais de 6 horas. Segundo a OSHA através de dados do Bureau of Labor Statistics em 2001, nos EUA, as lesões músculo-esqueléticas representaram 64% das participações de AT em ambiente hospitalar.

Durante esse período de tempo os enfermeiros necessitam de efetuar cargas físicas seja através da manipulação de equipamento ou de doentes. O levantar ou alternância de posição do doente são práticas do quotidiano dos enfermeiros. Barroso *et al.* (2008) referem que se observou através de um estudo que o grau de dependência dos doentes, rácios deficientes, distribuição do trabalho pelos turnos, as infraestruturas e as características dos mobiliários e equipamentos constituem fatores que possuem um potencial negativo, contribuindo para a incidência e prevalência de lesões músculo-esqueléticas que são, segundo Maia (2005) as principais consequências da movimentação inadequada de carga.

Se apreciarmos neste item factos já referidos como a inexistência de equipamento adequado para auxílio na mobilização de doentes, aliado à falta de recursos humanos referida por Cabete (2000), considerando juntamente dados da OMS que referem um aumento da obesidade quer em adultos quer em crianças, aliado aos dados da ACSS que mostra que os AT mais reportados são referentes a patologia músculo-esquelética podemos considerar que a carga física é uma das maiores situações de risco para os enfermeiros.

1.2.3 Sistemas de Trabalho de Enfermagem

Existem diferentes métodos ou sistemas de prestação de cuidados em enfermagem. Esses cuidados, que são na prática o trabalho dos enfermeiros, podem ser aplicados de diversas formas consoante o método escolhido em função dos recursos existentes e dos cuidados a prestar.

Segundo Tappen (2005), a escolha dos profissionais e a atribuição de tarefas relaciona-se com o nível de educação, especialização, autonomia e perceção do doente, neste caso, por parte dos enfermeiros.

O trabalho é organizado segundo seis modelos de prestação de cuidados ou de trabalho.

No modelo individual ou de caso será atribuído a cada enfermeiro um ou mais doentes dependendo do seu grau de dependência e de cuidados a prestar, devendo o enfermeiro ficar responsável pela totalidade dos cuidados a prestar ao mesmo. É um sistema habitualmente visto em cuidados domiciliários, privados, unidades de cuidados intensivos e por estudantes em estágio. Este é o modelo preferencial, o que se considera promover uma qualidade de cuidados na sua globalidade e também promotor de maior satisfação pelo enfermeiro. De referir que o enfermeiro chefe será em última instância o responsável pela supervisão dos cuidados prestados.

No modelo funcional são atribuídas tarefas aos enfermeiros. Cada enfermeiro é responsável pela execução de uma tarefa previamente definida e padronizada, implica a execução de tarefas simples de forma repetida, ou seja, na aplicação de técnicas. Este sistema de trabalho implica que o enfermeiro se foque primordialmente na tarefa e não no doente. Este sistema dificulta a atribuição de responsabilidade da globalidade dos cuidados pois cada enfermeiro será somente responsável pela tarefa que executou. O recurso a este modelo acontece, nomeadamente aquando de um número de recursos inferior ao preconizado para cumprimento dos ratios enfermeiro/doente nas instituições de cuidados.

No modelo em equipa verifica-se a atribuição de um determinado número de doentes a uma equipa de enfermeiros que será responsável pela prestação da totalidade dos cuidados. Com este sistema pretende-se que os doentes possam beneficiar da agregação de conhecimentos de uma equipa coordenada por um enfermeiro a quem é atribuída a liderança. Pode-se observar habitualmente este sistema de trabalho em hospitais ou cuidados domiciliários.

No modelo direto é atribuída a um enfermeiro a responsabilidade da prestação de cuidados diretos a um doente, ou como assistente na ajuda da implementação de um plano de cuidados. São observados estes cuidados em ambiente hospitalar, cuidados domiciliários, e em especialidades como psiquiatria, diálise ou UCI.

No modelo de caso, os enfermeiros fazem a coordenação dos serviços e a prestação de cuidados aos doentes. Normalmente observado em hospitais e cuidados domiciliários.

Finalmente o modelo de cuidados centrados no doente, em que os enfermeiros integram uma equipa multidisciplinar, prestando serviços direta e indiretamente relacionados com a enfermagem. Normalmente observado em equipas móveis, hospitais e em cuidados domiciliários.

1.3 Higiene e Segurança no Trabalho

A HST pode ser definida como uma ciência que engloba diversas áreas do saber e cujo objetivo é a prevenção de AT, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e controlo das variáveis existentes no contexto em que se aplica.

Os valores apresentados no início do trabalho são, por si só representativos da importância da atuação em matéria de prevenção de AT. Contudo, muitas vezes só depois de um acontecimento grave suceder, é que são implementadas recomendações e legislação ou se ganha conhecimento que possibilite abordar determinada temática. Nesse sentido é importante relembrar

alguns acidentes com maior gravidade como o da central nuclear de Chernobil ou o acidente da indústria petrolífera no mar do norte na plataforma Piper Alpha, que são exemplo de acidentes evitáveis, e com consequências catastróficas a nível humano, ambiental, e material/financeiro.

Será também pertinente realçar que a abordagem dos serviços de HST trata não só as questões relacionadas com a componente humana, mas também ambiental e material.

A cultura de segurança tem ainda a fazer um percurso longo nas nossas sociedades, sendo que enquanto a HST for entendida como um entrave aos processos de trabalho habituais ou como uma despesa acrescida e desnecessária será relegada para segundo plano.

Segundo Sá (2014) os serviços de HST podem proporcionar melhorias na reputação e desempenho das instituições, ocasionar bem-estar para, e do trabalhador, sendo economicamente viável para o negócio suprimindo os custos diretos e indiretos, segurados e não segurados decorrentes dos AT.

1.3.1 Resumo Histórico da HST

A HST sofreu ao longo do tempo uma natural evolução, decorrente tanto da própria evolução dos sistemas de trabalho quanto da sociedade e dos meios de informação, formação e tecnológicos ao serviço da sociedade.

Segundo Freitas (2011:22) Hipócrates foi pioneiro na descrição de acidentes de trabalho, tendo descrito o Saturnismo em trabalhadores de extração de metal, tendo feito também alusão ao trabalho, alimentação e condições ambientais como causadores de doenças.

De acordo com Sá (2014), em 1775 Percival Pott publicou uma tese em que relacionava o cancro do escroto com o trabalho exercido por limpa chaminés e fez estudos relativamente às horas trabalhadas e doenças profissionais.

Freitas (2011) refere que o livro intitulado *The effects of the Principal Arts, Trades and Professions and of Civic States and Habits of Living on Health and Longevity* foi publicado em 1830 e foi o primeiro título Inglês a abordar o tema das doenças profissionais incluindo também diferentes medidas de mitigação para os problemas apresentados.

Para além do crescente interesse por parte de médicos e outros estudiosos, historicamente, podemos também observar a evolução concreta da disciplina em HST, principalmente se recorrermos a marcos relativos à (re)evolução industrial e consequentes alterações dos processos produtivos.

Inicialmente existiam processos artesanais em que a produção era realizada através de tarefas manuais, em que o “artesão” ou “mestre” possuía um elevado nível de especialização, em que os processos de fabrico eram controlados pelo próprio ou por familiares (habitualmente). Nestes casos, segundo Freitas (2001:24), a HST era empírica. Ainda segundo o mesmo autor, nos construtores também se verificava algum nível de preocupação com matérias de segurança, sendo possível observar em catedrais a existência de buracos, feitos nas paredes, para fixação de andaimes.

Com a revolução industrial podemos observar alterações de fundo no que diz respeito tanto aos processos produtivos como em relação a questões sociais. De acordo com Freitas (2011), é então, que surgem os primeiros seguros sociais obrigatórios com o intuito de proteger os trabalhadores em caso de acidente de trabalho ou doença profissional. Na Alemanha é implementado o Estado de Providência cujos seguros obrigatórios cobriam, para além do já referido, a invalidez e velhice. Possuía, contudo, nesta fase um carácter mais assistencial, sendo que a evolução para um direito social efetivo surge mais tarde, tendo para isso contribuído em larga escala a criação de sindicatos.

A par da evolução social verificada, no que diz respeito à produção, criou-se o sistema fabril. Eram usados cada vez mais equipamentos com crescente especificidade e complexidade.

Ainda nesta fase, e até aos dias de hoje principalmente em países denominados em desenvolvimento, verificou-se a utilização de mão de obra cujos custos eram consideravelmente mais baixos, o caso de mulheres e crianças. A inexperiência, elevado numero de horas trabalhadas, inexistência de equipamentos de proteção adequados aliado à falta de condições nos locais de trabalho redundavam num aumento da sinistralidade.

Verifica-se neste cenário que, ao contrário do que se verificava anteriormente, o trabalhador deixa de controlar os riscos profissionais, tendo estes por outro lado mudado consideravelmente.

Segundo Freitas (2011:29) só no final da primeira fase da revolução industrial é que as questões relacionadas com HST passaram a ser verdadeiramente tidas em consideração afirmando o autor que *“O desenvolvimento da segurança está, assim, diretamente associado ao crescimento exponencial da tecnologia e da produção industrial”*.

Freitas (2011), refere que, com o surgimento do Taylorismo existe uma mudança de paradigma no que diz respeito à conceção do trabalho. Taylor em 1911 defende que, através do Estudo Científico do Trabalho, seria possível melhorar os métodos usados através da separação do trabalho intelectual e manual introduzindo o conceito de produção em massa tendo como consequência a utilização de instalações maiores e mais mecanizadas.

Isso implicou uma alteração na estrutura das empresas e especialização do trabalho tendo como consequência, secundário ao tipo de uso da mão de obra disponível, novos problemas tanto físicos quanto psicológicos. Tal deve-se a uma exposição acrescida a riscos e empobrecimento vertical do trabalhador com consequências motivacionais para além das já descritas.

Estes aspetos negativos constituíram uma oportunidade de melhoria e que, secundário ao controlo de qualidade foi possível também observar uma evolução nas questões respeitantes à HST, sendo que se verifica então a incidência do início do sistema homem-máquina. Aqui era considerado como sendo a adaptação do homem à máquina. Através deste paradigma foi possível uma redução de 68% dos AT nos EUA.

Após Taylor surgiram outras formas de analisar as questões relacionadas com a HST com destaque para Fayol, altura em que surge a figura da medicina no trabalho e dos técnicos de HST

que, defendia que através destes seria possível aumentar a produtividade através da melhoria das condições de trabalho e consequente diminuição dos AT.

Em 1919 é criada a OIT, e em 1921 este organismo cria um serviço de prevenção de AT cuja função é a de acompanhar as novas condições de trabalho existentes secundárias a novas técnicas industriais bem como as suas consequências no que toca a risco de acidente ou doença.

De acordo com Freitas (2011), os paradigmas foram sendo sucessivamente alterados fruto das mudanças históricas como a revolução industrial ou a automatização industrial.

Em Portugal de acordo com o site da Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT):

- Em 1891 e 1893 são tornados públicos os Decretos referentes a inspeções de trabalho. Ainda que o decreto de 1891 se referisse a mulheres e menores, as inspeções não eram limitadas a esses dois grupos. É nesse ano que se regulamenta a jornada de trabalho de 8 horas para homens que trabalham na indústria do tabaco.
- Em 1916 é criado o Ministério do Trabalho e Previdência Social através da Lei nº. 494, de 16 de Março. Foram então elaborados diferentes Decretos relativos à higiene e segurança dos locais de trabalho.
- Em 1919 Portugal participa como membro fundador da OIT.
- Em 1925 o Ministério do Trabalho é extinto e é criado o Instituto Social do Trabalho que fica com algumas das atribuições do Ministério enquanto outras ficam a cargo da Inspeção Técnica das Industrias do Ministério do Comércio e das Comunicações.
- Em 1933 é criado o Instituto Nacional do Trabalho e da Previdência, cujas atribuições passavam por verificar a segurança dos locais de trabalho, e inspeção do cumprimento da legislação referente ao trabalho de mulheres e menores e dos horários de trabalho, tendo sido criado posteriormente o serviço de Fiscalização do Trabalho.
- Em 1950 a Direção Geral do Trabalho e Corporações fica com a responsabilidade relativamente à HST.
- Em 1958 é publicado o regulamento no trabalho em construção civil que ainda se encontra em vigor.
- Em 1962 é criado o Gabinete de HST com o desígnio de prevenir AT e doenças profissionais.
- Em 1967 são criados os serviços de medicina do trabalho.
- Em 1971 surge o Regulamento Geral de HST em estabelecimentos industriais, alterado em 1980 e ainda em vigor.
- Em 1973 é aprovada a lista de doenças profissionais e, o Fundo de Mão de Obra da Direção Geral do Trabalho passa a acomodar o Gabinete de Higiene e Segurança do Trabalho.
- Em 1974 é criado o Ministério do trabalho.
- Em 1978 surge regulamentação específica na área da Inspeção do Trabalho, sendo a mesma norteadas pelos princípios da convenção 81 da OIT. É também criada a Direção Geral de HST.

- Em 1982 é criado o Conselho Nacional de HST com representação da Administração Pública e dos parceiros sociais.
- Em 1985 é aprovada a Convenção da OIT nº 155.
- Em 1986, impulsionado pela entrada na Comunidade Económica Europeia, atual UE, foram publicados diplomas relativos a estabelecimentos comerciais e incêndios e sinalização de segurança. Os trabalhadores do sector de serviços passam agora a ser também abrangidos por regulamentação em HST.
- Em 1991 é assinado o Acordo de Segurança, HST, que contém a base que permite ainda nesse ano a publicação do Decreto Lei 441/91, de 14 de novembro onde se encontram as obrigações da entidade patronal em relação à promoção das condições de HST, informação, consulta e formação de trabalhadores assim como a eleição de representantes dos trabalhadores.
- Em 1993 é criado o Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho.
- Em 1994 é publicado o Decreto Lei nº 26/94 que determina a organização e funcionamento das atividades de Segurança e Saúde no Trabalho.
- Em 2000 é publicado o Decreto Lei nº110/2000 que especifica o acesso e exercício da profissão de Técnico Superior e de Técnico de HST. É também aprovado o novo estatuto da Inspeção Geral do Trabalho.
- Em 2004 é criado o Instituto para a Segurança, HST.
- Em 2007 é dado enfoque à campanha “Alivie a Carga” com o intuito de prevenir lombalgias em diferentes sectores sendo o da Saúde incluído.
- Em 2007 é criada a ACT.
- Em 2009 é Publicada a Lei nº 102/2009, entretanto revista e alterada pela Lei 3/2014 de 28 de janeiro, com regulação da promoção e prevenção da Segurança e Saúde no Trabalho. É também regulamentado o regime de reparação de AT e doenças profissionais. É também nesta Lei que consta na Secção VI relativo ao Serviço de Segurança no Trabalho.
- Em 2012 é publicada a Lei nº 42/2012 com regulação da promoção e prevenção da Segurança e Saúde no Trabalho e a nova lei orgânica da ACT.

Existem muitos mais marcos históricos no que diz respeito à história da HST, dispersos por bibliografia diversa e referentes tanto no contexto mundial como no nacional. No site da ACT é possível encontrar a história detalhada da evolução da HST em Portugal.

1.3.2 Acidentes de Trabalho

Existem diferentes definições de AT consoante a teoria estudada.

Para Heinrich (1980, citado por Miguel, 2014), o acidente é *“um acontecimento não planeado e não controlado no qual a ação ou reação de um objeto, substância, indivíduo ou radiação resulta num dano pessoal ou na probabilidade da ocorrência”*. Já Compes (1980, citado por Miguel, 2014), afirma que acidente *“é uma repentina perturbação no sistema Homem-máquina-ambiente, através do qual a transformação de energia química ou física entre*

substâncias e/ou pessoas produz danos não planeados que, total ou permanentemente, reduzem o valor e/ou função de pelo menos um dos componentes do sistema”.

O conceito de AT pode ser encontrado na Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro que regulamenta o regime de reparação de AT e doenças profissionais. No Artigo 8.º n.º 1 AT é descrito como *“aquele que se verifique no local e tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte”.*

No Artigo 9.º podemos ainda encontrar 4 alíneas onde são apresentadas algumas extensões da definição apresentada no parágrafo anterior.

Existem ainda outras terminologias, nem sempre utilizadas, mas que fazem parte das definições em HST.

Segundo a NP 4397, incidente é um acontecimento relacionado como trabalho em que poderá, ou não, ter ocorrido lesão, afeição para a saúde ou morte. Desta forma e segundo Miguel (2014), um acidente pode ser considerado um incidente do qual ocorreu lesão. De um incidente em que não ocorra lesão podemos considerar que se trata de uma ocorrência perigosa. O mesmo conceito pode ser encontrado descrito na OHSAS 18001:2007 e norma americana ANSI/AIHA Z10-2005.

Ainda sobre o mesmo tema o *Manual de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais* da Câmara Municipal de Lisboa (2015) utiliza terminologia semelhante distinguindo e definindo AT, incidente, acidente e acontecimento perigoso.

Já para Melo e Rodrigues (2003) incidentes ou ocorrências perigosas são a ocorrência de um risco que não provocou lesão ou dano para o indivíduo, podendo o conceito ser estendido ao ambiente e danos materiais, tendo somente provocado interrupção da atividade em determinado período de tempo. Referem ainda que é importante realizar a investigação destas ocorrências com o propósito de evitar novos incidentes ou acidentes.

1.3.3 Causalidade dos Acidentes de Trabalho

Existem diversas teorias explicativas para a causalidade de AT, neste subcapítulo serão abordadas algumas.

De acordo com Heinrich (1980, citado por Miguel, 2014), o AT é um de cinco fatores de uma sequência, da qual resulta dano pessoal.

Na teoria de Heinrich a remoção do dominó central iria impedir o acontecimento de um AT através da neutralização dos precedentes.

Os fatores desenvolvem-se por uma ordem, sendo o primeiro a personalidade, descrita mais especificamente como ascendência e ambiente pessoal, as falhas humanas que na teoria significam imprudência, temperamento violento, irritabilidade entre outras, o ato inseguro como por exemplo não utilizar equipamento de proteção individual, o acidente e o dano pessoal que se

traduz por ferimentos, contusões fraturas etc. Assim para evitar o AT bastaria retirar uma das componentes acima indicadas.

Posteriormente, segundo Miguel (2014) existem correntes teóricas que introduzem o elemento gestão no dominó, afirmando que os erros de gestão constituem também um fator determinante na génese do acidente principalmente no que respeita à política em HST, prioridades, estrutura organizativa, decisão, quantificação, controlo e administração.

No que diz respeito aos fatores humanos podem especificar-se os fisiológicos como a idade, diminuição da capacidade física, fadiga, os psicológicos como negligência, desmotivação, rotina ou emotividade e os profissionais como a ignorância, inexperiência ou hábitos profissionais. Nos fatores materiais pode-se referir equipamento sem proteção, sinalização inexistente, má arrumação e más condições de higiene.

James Reason apresentou uma teoria que é bastante veiculada para a explicação da causalidade dos AT. A teoria do queijo suíço como é vulgarmente denominada explica que dentro de um sistema complexo, os sistemas devem conter barreiras de proteção que permitem a proteção contra a ocorrência de um acidente.

Reason explica que as barreiras podem ser de engenharia, pessoas ou barreiras administrativas. Se implementadas corretamente essas barreiras permitem alcançar o objetivo de impedir o acidente. Contudo, adverte, que cada barreira possui um potencial de falha, comparando as barreiras a uma fatia de queijo suíço. Os buracos representam as falhas do sistema que se movimentam em momentos diferentes. Caso os buracos se alinhem o acidente acontece. Daí Reason ter evidenciado a importância da existência de diversas barreiras de proteção melhorando assim a hipótese estatística de que os “buracos” se alinhem permitindo que o acidente suceda.

Segundo esta teoria as falhas sucedem devido a duas questões: as falhas ativas - que se relacionam com as pessoas que são parte integrante do sistema, logo serão os atos inseguros destas que irão proporcionar o acidente - e as falhas latentes - que poderão desencadear eventos até longo prazo, encontrando-se no sistema até que se alinhem com as falhas ativas.

Freire (2000) refere que as teorias são conceptuais, possuindo uma utilidade limitada no que toca à prevenção e controlo dos AT. Contudo, não deixam de ser necessárias na construção de mecanismos de prevenção que permitam uma compreensão abrangente dos AT e das suas causas. Como refere Freitas (2011), existem ainda outras teoria como a árvore de causas de Watson, modelo de motivação de Petersen, método Fine, análise de segurança na execução do trabalho, matriz de falhas, método HAZOP, mapa de riscos, modelo Mort, método SOBANE só para enumerar alguns.

Ainda segundo Freire (2000) é possível realizar duas abordagens. Uma retrospectiva em que se realiza o estudo dos AT ocorridos, usando taxas de incidência e gravidade. Ou a prospetiva em que os fatores de risco são avaliados para que se possa incidir sobre os mesmos.

1.3.4 Consequências dos Acidentes de Trabalho

De acordo com Sá (2014), as consequências dos acidentes de trabalho são diversas e afetam não só o trabalhador. Pode afirmar-se com segurança que, de um modo geral as consequências do conjunto de acidentes de trabalho em determinada instituição são de difícil avaliação tal a rede de acontecimentos que poderá despoletar. Podemos distinguir as consequências entre humanas, materiais e ambientais.

Para o sinistrado poderá advir sofrimento físico e emocional, diminuição da capacidade de trabalho e do salário, para a família sofrimento emocional e dificuldades económicas. Os colegas de trabalho podem sofrer mau ambiente de trabalho, medo generalizado, perda de tempo e prémios e acumulação de tarefas. Já as empresas podem lidar com perda de prestígio, de produção, gastos de tempo e financeiros com formação e integração de pessoal temporário para substituição do sinistrado e agravamento dos prémios de seguros.

É também possível referir as doenças profissionais como consequência dos acidentes de trabalho, existindo inclusive uma lista aprovada das mesmas (ver 1.2.2). As doenças profissionais poderão ter as mesmas consequências que um AT conforme descrito nos parágrafos anteriores.

1.3.5 Gestão, Prevenção e Avaliação de Riscos

Uma boa gestão de HST é de extrema importância, revelando a cultura de segurança da instituição e idealmente prestando um eficaz contributo para a redução de AT, contribuindo para o bem-estar dos trabalhadores. Se tivermos em consideração toda a estatística enunciada ao longo do trabalho, juntando o modelo teórico de Heinrich, que indica que por cada 300 acidentes sem lesão ocorrerão 30 acidentes com lesão e 1 acidente grave, a importância da prevenção é ainda mais destacada.

Existem segundo Sá (2014), imperativos morais, sociais e económicos que justificam a implementação de uma boa gestão em HST. Ainda de acordo com o mesmo autor existem alguns princípios básicos inerentes a qualquer sistema de gestão.

A fase de planeamento onde são delineados os objetivos, realizada a identificação dos riscos e os procedimentos de emergência tendo em consideração as questões legais. A fase de desempenho que utiliza a comunicação interna e externa, incluindo a participação dos trabalhadores e a implementação de estratégias de motivação. A fase de avaliação de desempenho ativa com inspeções e reuniões regulares, a implementação de formações e revisão da avaliação de riscos e, a reativa que implica o registo de acidentes, lesões e doenças, acontecimentos perigosos e notificação às autoridades competentes. Por fim a fase de melhoria em que se realiza a revisão da eficácia, análises ao sistema como, a análise SWOT e finalmente a melhoria continua. A OSHAS 18001:2007 ou a ILO-OSH 2001 são exemplos de sistemas de gestão aplicáveis.

Os sistemas, possuem algumas diferenças entre eles. Existem contudo, 7 elementos chave, as políticas, a organização, o planeamento e a implementação, a avaliação de desempenho, revisão do desempenho, auditoria e melhoria continua.

A implementação de um sistema de gestão adequado para além do já descrito tem como benefícios a melhoria da capacidade em demonstrar a conformidade legal, garante que é dada a mesma importância à HST relativamente aos objetivos de negócios, permite a resolução sistemática dos riscos existentes e demonstra a preparação para a emergência.

A representação e consulta aos trabalhadores por parte dos órgãos de gestão está contemplada na Lei N.º 102/2009, de 10 de Setembro na Seção II Artigo 5º.

A prevenção tem o intuito de eliminar, minimizar ou controlar riscos. A sua aplicação deverá ser realizada através de medidas que poderão ser tomadas em diferentes etapas no que à instituição diz respeito.

De acordo com Lima (2003), existem 3 grupos de medidas de prevenção de AT. As diretas que são as medidas adotadas ainda na fase de projeto, prevenindo os riscos a montante. As indiretas, correspondentes às medidas de proteção usadas pelo trabalhador de forma a mitigar o risco existente e que, podem ser quer de carácter individual como luvas ou não individual como contentores corto-perfurantes. Por fim as medidas informativas que correspondem à informação prestada aos trabalhadores sobre os comportamentos mais adequados para a exposição aos perigos.

No seguimento do enunciado pelo mesmo autor, existe a obrigatoriedade por parte do empregador de fornecer ao trabalhador equipamentos de proteção individual, devendo, contudo, priorizar as medidas a montante.

Todas as premissas dos parágrafos anteriores encontram-se devidamente legisladas na Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro Capítulo II Artigo 15º e seguintes.

Tendo em consideração o exposto aborda-se a avaliação de riscos. A avaliação de risco atualmente visa a globalidade da instituição, não se devendo confinar a um determinado posto de trabalho ou grupo profissional.

Existem alguns princípios fundamentais no que toca à avaliação de riscos. Assim em primeiro lugar, deverão ser evitados os riscos avaliando os que não podem ser evitados, combater os riscos na sua origem, adaptar o trabalho ao homem, abordando a conceção, organização e métodos de trabalho, substituir o que é perigoso pelo que é menos perigoso ou livre de perigo e, como já foi referido, priorizar as medidas coletivas em detrimento das individuais sempre que possível.

Estes princípios irão permitir alcançar os objetivos de identificar os perigos, identificar as populações expostas ao risco, avaliar os riscos e implementar medidas de controlo, registar informação relevante e rever a avaliação de riscos procedendo a atualizações caso se considere necessário.

Existem diferentes métodos de avaliação de riscos que se enquadram dentro de diferentes métodos consoante a bibliografia consultada. Temos, assim, os métodos qualitativos, quantitativos ou semi-quantitativos ou os métodos pró-ativos e reativos.

Independentemente do método escolhido para a realização da avaliação de riscos importa saber que existem critérios que devem ser tidos em consideração.

Segundo Lima (2003) devemos ter em conta a natureza e perigosidade do trabalho desenvolvido no momento, a localização onde o trabalho se desenvolve que pode ou não oferecer condições de segurança, os trabalhadores afetados ou seja os que estejam envolvidos na atividade, o tempo de exposição ao risco e finalmente a intensidade que corresponde à determinação específica da intensidade desenvolvida no momento. A título de exemplo, a manipulação de uma carga de acordo com o peso da carga ou o tempo de manipulação representam intensidades diferentes para a mesma atividade.

Para a avaliação dos riscos inferidos através dos acidentes de trabalho verificados e respetivas consequências imediatas foi usado o método MARAT (Apêndice III). A escolha deste método prendeu-se com a sua facilidade de aplicação tendo em consideração os dados disponíveis para a elaboração do mesmo.

1.3.6 Saúde Ocupacional

De acordo com Freitas (2011), referindo-se a dados publicados pelo Eurostat, na Europa perdem-se por ano 300 milhões de dias de trabalho na sequência de doenças profissionais que, provocam perdas de 1000 milhões de euros aos trabalhadores.

Os serviços de saúde ocupacional podem ajudar a eliminar ou mitigar riscos assim como, promover a manutenção dos índices de saúde.

Chiavenato (1999) refere a existência de indicadores que permitem compreender a importância dos serviços de saúde ocupacional, afirmando que na falta ou desadequação desses serviços ocorre aumento do absentismo laboral, diminuição da produtividade e aumentos dos custos relacionados com AT, nomeadamente com seguradoras. Podemos, portanto, inferir que caso exista um serviço de saúde ocupacional ajustado às necessidades institucionais existirá uma melhoria dos indicadores referidos.

Segundo a Declaração do Luxemburgo sobre Promoção da Saúde no Local de Trabalho na UE e com o intuito de atingir a meta de “*pessoas saudáveis em organizações saudáveis*” existem 4 princípios que devem ser seguidos.

A participação de todos os trabalhadores, a integração da promoção da saúde em todas as áreas da organização, a metodologia de projeto que implica análise de necessidades, estabelecimento de prioridades, planeamento, implementação, controlo contínuo e avaliação (o que se assemelha aos princípios de gestão em HST) e por fim a articulação que compreende

medidas orientadas para as pessoas e ambiente e, a integração de planos de redução de riscos e desenvolvimento de fatores de proteção e promoção da saúde.

De acordo com Miguel (2014), a OIT/OMS definiram em 1995, como objetivos da saúde ocupacional:

- Promoção e manutenção do mais alto nível de bem estar-físico, mental e social dos trabalhadores;
- Prevenção de desvios da saúde causados por condições de trabalho;
- Proteção dos trabalhadores contra os riscos resultantes dos fatores nocivos para a saúde;
- Colocação e manutenção do trabalhador em função das suas capacidades;
- Manutenção e promoção da saúde dos trabalhadores e da sua capacidade de trabalho;
- Melhoria das condições de trabalho, para as tornar compatíveis com a saúde e segurança;
- Desenvolvimento de culturas empresariais e de organização de trabalho que promovam um clima social positivo, favorecendo a melhoria da produtividade.

A OMS refere, também, que estes serviço de SO possuem como objetivo, a vigilância e detecção atempada de problemas de saúde bem como a diminuição da exposição ao risco por parte dos trabalhadores. Tal permite alcançar e ou manter um bom nível de bem estar físico, mental e psicossocial dos trabalhadores. Faz também, parte dos objetivos da SO segundo proposta da OMS a realização de ensino em temas relacionados com a saúde e elaboração de mapas de riscos ambientais e relatórios sobre esses temas. Isto em adição à natural realização de exames médicos exigidos legal e, previamente ao início do desempenho de funções.

A mesma organização refere, contudo, que estes serviços se apresentam como escassos em países em desenvolvimento, industrias pobres ou no sector agrícola.

O direito/obrigatoriedade da existência de serviços de SO está consagrado na Constituição da República Portuguesa no Art.º 64.º Saúde e também na Lei N.º 102/2009, de 10 Setembro Secção VII respeitante ao Serviço de Saúde no Trabalho. Esta Lei define as dotações mínimas para os serviços de SO em que refere especificamente que o médico de medicina do trabalho deverá ter formação específica na área. Existem também formações específicas para os enfermeiros como por exemplo o Curso de Pós-Graduação em SO.

Devido ao amplo âmbito da SO, Faria (1987) afirma que esta é uma área multidisciplinar que envolve promoção e conservação da saúde assim como a prevenção dos riscos inerentes à atividade desenvolvida.

A OMS refere que os serviços de SO, em ambiente hospitalar, devem dedicar-se aos riscos profissionais, priorizando o tratamento de resíduos hospitalares, realizar estudos relativos à infeção hospitalar, estudar as causas do absentismo laboral, promover a aplicação de regulamentos que visem a promoção e criação de equipas de medicina do trabalho em hospital e, analisar a legislação vigente sobre a saúde dos trabalhadores hospitalares.

Em parceria com ou integrados nos serviços de SO, exercem também funções os técnicos de HST.

A Lei N.º 102/2009, de 10 de Setembro, Capítulo IV Seção I define a organização das atividades de HST nas entidades públicas e privadas.

Salienta-se na referida Lei no Art.º 74 os serviços de HST no caso de empresas com 400 trabalhadores ou empresas com 50 trabalhadores, mas que exerçam atividades de risco como a exposição a radiações ionizantes ou produtos cancerígenos, mutagénicos ou agentes biológicos de grau 3 ou 4 deverão ser internos/próprios.

2. METODOLOGIA

No presente capítulo será definido e caracterizado o desenho do estudo e tipo de estudo, o campo, população alvo, apresentadas as variáveis, descrito o processo de colheita de dados e os recursos usados para a elaboração do trabalho.

A investigação reveste-se de extrema importância, neste caso na área da enfermagem e da HST pois contribui para o enriquecimento do conhecimento nesta área.

Para Fortin (1999) a metodologia é *“o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação ou parte de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”*.

Ainda segundo a mesma autora, a metodologia constitui um conjunto de normas que guiam a investigação e não uma abordagem meramente lógica que iria limitar o investigador à aplicação de procedimentos sequenciados, não sendo portanto algo pré definido existindo a necessidade de perceber quais as metodologias mais indicadas para o estudo a elaborar.

2.1 Questão de Investigação

Para Talbot (1995, citado por Fortin 1999:101) *“As questões de investigação são premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados interrogativos escritos no presente e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada.”*

Este estudo inicia-se com a questão de investigação **“Qual a prevalência e características dos acidentes de trabalho participados por enfermeiros em contexto hospitalar?”** e através da resposta a esta questão pretende-se alcançar os objetivos traçados.

2.2 Objetivos

Como objetivo geral pretende-se caracterizar a epidemiologia dos AT ocorridos e participados em hospitais públicos de Portugal continental entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2014.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Quantificar e qualificar os AT participados nas instituições e no período em estudo;
- Caracterizar os AT participados nas instituições e no período em estudo
- Analisar a distribuição de AT por serviço;
- Identificar as consequências diretas dos AT participados;
- Quantificar o tempo de trabalho perdido;
- Identificar as causas de AT;
- Hierarquizar os riscos quantificados em função das consequências dos acidentes;
- Apresentar uma proposta de implementação de um instrumento de registo de situações de risco, por parte dos profissionais de saúde;
- Promover a aproximação dos enfermeiros aos serviços de HST.

2.3 Desenho do estudo

De acordo com Fortin (1999), o desenho de um estudo deve incluir elementos como o meio, sujeito e amostra, tipo de estudo, controlo de variáveis, instrumentos de colheita de dados e o tratamento dos dados. Tem o intuito de se constituir como um guião, criado pelo investigador permitindo a obtenção de respostas à questão de investigação (neste caso) ou às hipóteses formuladas, e dessa forma, cumprir os objetivos delineados.

Com o intuito de facilitar o acesso a toda essa informação foi feita a opção de segmentar em subcapítulos a informação referida no parágrafo anterior.

2.3.1 Tipo de Estudo

Fortin (1999) refere que os métodos quantitativo e qualitativo são os dois grandes métodos existentes. Para a realização deste estudo foi feita a opção de usar ambos os métodos por ser considerada a melhor opção tendo em consideração os objetivos propostos.

Assim podemos encontrar neste trabalho um estudo não experimental - sem controlo de variáveis - descritivo simples, pois descreve as características da amostra - transversal e retrospectivo, visto que a recolha de dados acontece em um único momento.

Os estudos de carácter descritivo, segundo Fortin (1999), possuem o objetivo de adquirir informações relativas às características de uma determinada população ou sobre os fenómenos verificados e que não tenham sido ainda objecto de muitos trabalhos de investigação. Poderá ainda, segundo a mesma autora, servir para formular posteriormente hipóteses que sirvam para a realização de novos estudos.

Contudo, existe também neste estudo uma componente analítica pois é feita a comparação dos dados obtidos com outros estudos e com bibliografia existente.

2.3.2 Meios e Tempos

A definição física e temporal de um estudo é de grande importância, pois permite delinear o mesmo de forma a cumprir os prazos estipulados e orçamento previsto.

Este estudo foi realizado em meio natural pois as condições de ocorrência do AT não foram controladas.

A seleção inicial, posteriormente restringida e limitada, das instituições prendeu-se com o facto de serem as mais representativas pela sua dimensão das ARS existentes e pela impossibilidade de realizar um estudo que abrangesse todas as instituições hospitalares publicas em Portugal continental, pelo cada uma das instituições em estudo deverá ser representativa da ARS em que se enquadra.

Relativamente aos tempos definidos para a realização do estudo, os mesmos foram ultrapassados. Apresenta-se como razões a demora institucional na resposta aos pedidos de autorização, a solicitação de alterações do instrumento de colheita de dados, o facto de que cada uma das instituições possui um processo próprio de autorização, não existindo serviços centralizados que analisem os pedidos¹. O facto do investigador exercer uma atividade profissional que não permite uma permanência constante em Portugal, tendo, portanto, datas específicas para a colheita dos dados junto das instituições, interferiu, também, no cumprimento dos prazos inicialmente previstos.

2.3.3 População e Amostra

Segundo Fortin (1999) população são *“todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”*. Ainda, segundo a mesma autora, por amostra compreende-se *“um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, em miniatura, da população alvo”*.

Para a realização deste estudo foi definido como a população alvo os enfermeiros a trabalhar em instituições hospitalares públicas que tenham sofrido um AT, em Portugal continental durante o período compreendido entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2014.

Como amostra foram definidos os enfermeiros a trabalhar em instituições hospitalares publicas, em Portugal continental e que, tenham participado um AT durante o período compreendido entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2014 nas instituições em estudo. A escolha dos hospitais foi feita tendo em consideração a distribuição das ARS por Portugal continental, tendo sido escolhido um hospital representativo em termos de dimensão de cada uma das ARS. Contudo só um acedeu à colheita de dados. Devido a estas limitações a população são os AT que envolveram enfermeiros, e não, os enfermeiros em si.

¹ A título de exemplo os diferentes critérios de aceitação por parte das comissões de ética das instituições para a realização do mesmo trabalho.

É, portanto, uma amostra não probabilística por conveniência.

Os critérios de inclusão da amostra foram:

- Ser Enfermeiro;
- Trabalhar num hospital público na data em que ocorreu o AT;
- Ter sofrido e participado um AT no período em estudo.

A exclusão será feita caso o elemento da amostra não verifique algum dos critérios de inclusão acima descritos.

2.3.4 Variáveis

Para Fortin (1999) existem diferentes tipo de variáveis, sendo as mais vulgarmente utilizadas independentes e dependentes, as de atributo e as estranhas.

Para a realização deste trabalho foram escolhidas as seguintes **variáveis**:

- Caracterização da instituição:
 - Comissão de higiene e segurança no trabalho com 3 categorias (*sim, não e não referido*);
- Caracterização do acidentado:
 - Nacionalidade com 2 categorias (*Portuguesa e outra*);
 - Idade, com 5 categorias divididas entre faixas etárias com 10 anos (*de 22 a 31 anos, de 32 a 41 anos, de 42 a 51 anos, de 52 a 61 anos e, por último, mais de 62 anos de idade*);
 - Sexo com 2 categorias (*masculino e feminino*);
 - Tempo de serviço com 3 categorias (*menos de 5 anos, entre 5 e 10 anos e 10 ou mais anos*);
 - Relação contratual com 3 categorias (*contrato a termo certo, termo incerto e não referido/outro*).
- Caracterização do acidente:
 - Mês com 12 categorias correspondentes aos meses do ano;
 - Ano com 5 categorias de 2010 a 2014;
 - Dia da semana com 7 categorias correspondentes ao dia da semana;
 - Hora da ocorrência correspondente às 24 horas do dia;
 - Horas trabalhadas até à ocorrência - resposta aberta;
 - Local - resposta aberta;
 - Tipo de ocorrência com 4 categorias (*acidente, incidente, acontecimento perigoso e não referido*);
 - Causa de lesão com 15 categorias (*queda do trabalhador, queda de objeto, picada com agulha, agressão, acidente de viação, projeção de partículas, exposição a temperaturas extremas, exposição a produtos contaminados, entalamento, exposição a substância, radiações, In itinere, não referido, outro e esforço excessivo*);

- Tipo de lesão com 12 categorias (*fratura, contusão, escoriação, ferida incisa, picada, queimadura, infeção, intoxicação, não referido e outro*);
- Local afetado com 11 categorias (*cabeça, olhos, tronco, mãos, membros superiores, membros inferiores, pés, pescoço, múltiplas localizações, sistémico e outro*);
- Tipo de incapacidade com 3 categorias (Sem incapacidade, total e parcial);
- Tempo de incapacidade – *resposta aberta*;
- Absentismo laboral com 2 categorias (*não e sim*);
- Tempo perdido - *resposta aberta* (em dias);
- Barreiras de proteção com 6 categorias (*luvas, óculos de proteção, máscaras, avental, botas e vestuário de BO*);
- Imunizações - *resposta aberta*;
- Causa provável da ocorrência com 10 categorias (*metodologia insegura, equipamento inadequado/insuficiente, instalações inadequadas, ritmo de trabalho, doente agitado, fadiga, negligência de terceiros, organização do trabalho, desatenção, consumo de substâncias, outro e não referido*).

Existem, 23 variáveis em estudo e que, serão alvo de tratamento estatístico apresentado no Capítulo III referente à apresentação e análise dos dados.

2.3.5 Hipóteses

O presente estudo não compreendeu a produção de hipóteses *à priori*, não foi feito o controlo das variáveis em estudo. Contudo na interpretação e discussão dos resultados são levantadas hipóteses que poderão ser usadas em estudos semelhantes.

2.3.6 Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados

Com os objetivos do trabalho em mente e a revisão da literatura efetuada foi elaborado um instrumento de colheita de dados (Apêndice VI) que teve por base o conhecimento prévio das informações que constam em declarações de AT fornecidas pela generalidade das instituições e nos dados estatísticos apresentados pela ACSS através dos seus boletins, que permitiu conhecer as variáveis trabalhadas por essa entidade e também, através da análise de bibliografia e do instrumento de participação e qualificação de acidentes de trabalho da DGS (2013).

Através do preenchimento e posterior análise do instrumento de colheita de dados elaborado para a realização do presente trabalho foi possível realizar a análise qualitativa e quantitativa da amostra em estudo.

O instrumento de colheita de dados encontra-se dividido entre a caracterização da instituição, caracterização do acidentado e caracterização do acidente. Quanto à caracterização do acidentado foi tido em consideração a existências de premissas de ordem ética e deontológica para a colheita dos dados, pelo que não existem campos de dados que permitam a identificação do participante do AT. A cada um dos instrumentos usados foi atribuído um número de ordem e os mesmos não foram divulgados.

2.4 Recursos

Para a realização do presente trabalho foi necessário utilizar vários recursos. Assim durante o estudo devem-se incluir os recursos humanos constituídos por professores, orientadores e colaboradores de diferentes setores das instituições em estudo onde foram realizadas as colheitas de dados, bem como colaboradores de instituições que não sendo alvo do estudo prestaram esclarecimentos sobre a temática como a ACSS a título de exemplo. No que respeita a recursos materiais inclui-se o computador e respetivo software indispensável para redigir a tese, trabalhar os dados estatisticamente e realizar a apresentação de defesa do trabalho (Microsoft Word®, Microsoft Excel®, Microsoft Power Point® e SPSS®). Acrescenta-se a utilização de uma impressora e consumíveis diversos. É, também, de referir despesas com envio de correspondência e deslocação às diferentes instituições. Não houve qualquer tipo de financiamento para a execução deste trabalho e o orçamento inicial ficou aquém das despesas finais devido ao prolongamento temporal para realização do mesmo.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Tendo como ponto de partida a análise aos dados obtidos e a revisão bibliográfica realizada, segue-se a interpretação crítica dos resultados. É importante referir também que os dados que caracterizam a amostra se referem a ocorrências individualizadas de AT e que não contemplam a identificação individual do interveniente. Como consequência pode ocorrer mais do que um AT envolvendo o mesmo interveniente, não constituindo os dados, desta forma, uma amostragem da população potencialmente interveniente.

3.1 Caracterização da Amostra e Ocorrências

De seguida enunciam-se as características da amostra e ocorrências de acordo com a colheita feita através do instrumento para tal elaborado.

3.1.1 Sexo

Na tabela 1 mostra a repartição por sexo das ocorrências de AT. Para extrair estatísticas preditivas seria necessário excluir situações de repetição do mesmo Enfermeiro, o que não é possível como acima se refere. Além disso não há conhecimento, através dos RH, da repartição por sexo dos Enfermeiros que exerciam funções à data dos AT. Contudo, segundo a OE, em 2017 82% dos enfermeiros eram do sexo feminino, número bastante próximo dos 85,9% observado.

Tabela 1 – Ocorrências por sexo

Sexo	Frequência	Percentagem (%)
Masculino	21	14,1
Feminino	128	85,9
Não	1	–
TOTAL	150	100

3.1.2 Idade

No que diz respeito à idade podemos observar através da tabela seguinte que a maioria dos enfermeiros que declararam AT pertence ao grupo etário entre os 22 a 31 anos (36,8%), podendo-se inferir que o tempo de trabalho dos mesmos não será superior a 10 anos.

Tabela 2 – Ocorrências por Idade

Grupo etário	Frequência	Percentagem (%)
22 a 31	53	36,8
32 a 41	35	24,3
42 a 51	34	23,6
52 a 61	21	14,6
>62	1	0,7
Não identificado	6	—
TOTAL	150	100

3.1.3 Idade versus Sexo

Quando cruzamos as variáveis grupo etário e sexo, cujos dados se observam na tabela de contingência e gráficos seguintes, podemos verificar que existem diferenças aparentes entre as distribuições por grupo etário dos sexos. Embora o presente trabalho não incida em hipóteses verifica-se que as duas variáveis são independentes na medida em que uma não condiciona a outra. Considerando a hipótese nula como a de serem aleatórias as diferenças observadas na repartição de sexo por grupo etário, é a mesma aceite com uma probabilidade de 95% de certeza (valor do χ^2 observado de 2,496 inferior ao valor crítico de 9,488 para 4 graus de liberdade e nível de significância de 0,05).

O sexo masculino possui um maior numero de ocorrências na faixa etária dos 32 aos 41 anos e o sexo feminino na faixa etária dos 22 aos 31 anos sendo assim este facto meramente circunstancial.

Tabela 3 – Idade versus Sexo

Grupo Etário	Masculino	Feminino	TOTAL
22 a 31	5	48	53
32 a 41	7	27	34
42 a 51	4	30	34
52 a 61	3	8	21
>62	0	1	1
TOTAL	19	124	143

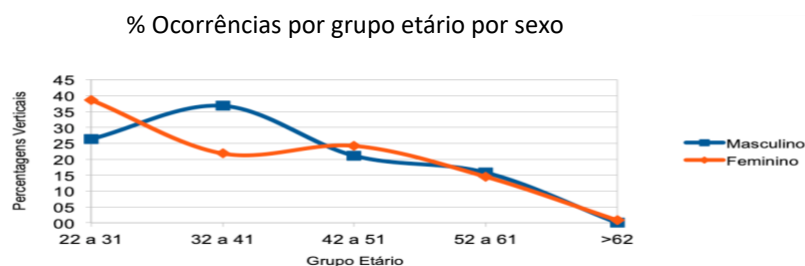


Gráfico 1 – Percentagem de ocorrências por grupo etário e por sexo

3.1.4 Tempo de Serviço

Quanto ao tempo de serviço podemos verificar, através dos valores apresentados na tabela e gráfico, que a grande maioria dos AT ocorreram entre trabalhadores com 10 ou mais anos de exercício profissional (58,6%).

Tabela 4 – Ocorrências por tempo de serviço

Tempo Serviço	Frequência	Percentagem (%)
< 5 anos	39	26,9
>= 5 e <10 anos	21	14,5
10 ou mais anos	85	58,6
Não identificado	5	—
TOTAL	150	100

3.1.5 Tempo de Serviço *versus* Idade

Intuitivamente esperamos que o tempo de serviço e a idade sejam variáveis dependentes, hipótese aceite com uma probabilidade de certeza de 99% (valor do χ^2 observado de 98,408 superior ao valor crítico de 20,090 para 8 graus de liberdade e nível de significância de 0,01).

Tabela 5 – Tempo de serviço *versus* Idade

Grupo Etário	< 5	>= 5 e <10	>=10	TOTAL
22 a 31	34	14	4	52
32 a 41	3	7	24	34
42 a 51	1	0	33	34
51 a 62	0	0	20	20
> 62	0	0	1	1
TOTAL	38	21	82	141

Intervenientes - Grupos Etários por Tempo de Serviço

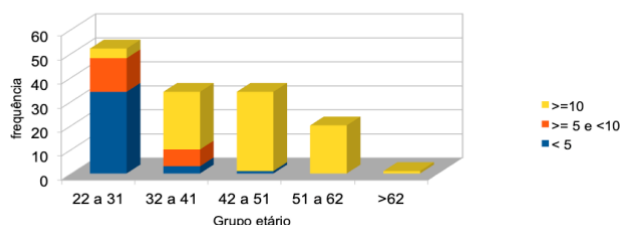


Gráfico 2 – Tempo de Serviço *versus* Idade

3.1.6 Tipo de Contrato

Quanto ao tempo de contrato é possível verificar através dos valores apresentados na tabela que se segue que a maioria dos enfermeiros não menciona o contrato que possui à altura do AT. No entanto, dos que referem, a maioria possui um contrato a termo incerto (44,7%).

Tabela 6 – Tipo de contrato

Contrato	Frequência	Percentagem (%)
Termo Certo	11	7,3
Termo Incerto	67	44,7
Outro / Não referido	72	48,0

3.1.7 Horas Trabalhadas

A tabela e gráfico seguintes refletem a distribuição por horas trabalhadas. É possível concluir que a distribuição é aleatória com um grau de certeza de 95% (valor observado do χ^2 de 10,62 inferior ao valor crítico de 15,507 para 8 graus de liberdade e nível de significância de 0,05).

Tabela 7 – Horas trabalhadas

Horas	Frequência	Percentagem (%)
0	7	4,9
1	17	11,9
2	19	13,3
3	26	18,2
4	18	12,6
5	18	12,6
6	15	10,5
7	11	7,7
>8	12	8,4
Não identificado	7	—

TOTAL

150

100



Gráfico 3 – Horas Trabalhadas

3.1.8 Nacionalidade

No que toca à nacionalidade verificamos que todas as respostas com valor não omissa correspondem à nacionalidade Portuguesa (100%).

Tabela 8 – Nacionalidade

Nacionalidade	Frequência	Percentagem (%)
Portuguesa	148	100
Não identificada	2	—
TOTAL	150	100

3.1.9 Ano

O número de ocorrências de AT decresceu nos 2 anos subsequentes ao primeiro e subiu nos 2 últimos como se pode observar no gráfico. O ano com maior número é 2014 (30%). Além disso a distribuição destas frequências não é aleatória (valor observado do χ^2 de 10,47 superior ao valor crítico de 9,488 para 4 graus de liberdade e nível de significância de 0,05).

Tabela 9 – Ano

Ano	Frequência	Percentagem (%)
2010	32	21,3
2011	25	16,7
2012	21	14,0
2013	27	18,0
2014	45	30,0
TOTAL	150	100



Gráfico 4 – Variação anual

3.1.10 Mês

Relativamente à distribuição mensal verifica-se ser fevereiro o mês que apresenta maior número de ocorrências (13,3%), ainda que próximo do mês de março (12,7%). Já abril é o mês que apresenta menos ocorrências (4,7%), seguido dos meses considerados habitualmente de férias. A hipótese da distribuição ser aleatória é aceite (valor observado do χ^2 de 16,72 inferior ao valor crítico de 19,675 para 11 graus de liberdade e nível de significância de 0,05).

Tabela 10 – Mês

Mês	Frequência	Percentagem (%)
Janeiro	17	11,3
Fevereiro	20	13,3
Março	19	12,7
Abril	7	4,7
Maio	15	10,0
Junho	10	6,7
Julho	12	8,0
Agosto	9	6,0
Setembro	9	6,0
Outubro	8	5,3
Novembro	11	7,3
Dezembro	13	8,7
TOTAL	150	100

3.1.11 Ano versus Mês

O quadro abaixo mostra valores baixos de ocorrências em determinados meses: abril para os anos de 2010 a 2013, junho para os anos de 2010 e 2011 e outubro no ano de 2010. O número máximo de declarações foi 6, em fevereiro de 2010 e maio de 2014. É de todo improvável que exista dependência entre as variáveis ano e mês (valor do χ^2 observado de 32,629 a que corresponde um valor de probabilidade para 44 graus de liberdade de 0,897 superior ao nível de significância exigido de 0,05).

Tabela 11 – Ano versus mês

Mês	Ano					TOTAL
	2010	2011	2012	2013	2014	
Janeiro	5	4	2	5	1	17
Fevereiro	6	4	1	4	5	20
Março	4	5	3	3	4	19
Abril	0	1	1	1	4	7
Maio	3	1	4	1	6	15
Junho	1	1	3	2	3	10
Julho	2	0	1	4	5	12
Agosto	1	2	2	1	3	9
Setembro	2	2	1	2	2	9
Outubro	0	1	1	2	4	8
Novembro	2	3	1	1	4	11
Dezembro	6	1	1	1	4	13
TOTAL	32	25	21	27	45	150

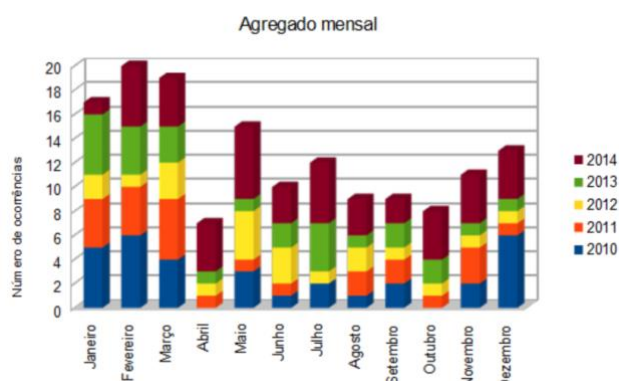


Gráfico 5 – Agregado mensal por ano

3.1.12 Dia da Semana

No que respeita à distribuição semanal é possível verificar na tabela que se segue ser a segunda-feira o dia da semana que apresenta maior número de ocorrências (19,3%). Por sua vez os dias que apresentam menos ocorrências são os dias de fim de semana. Contudo, como o valor do χ^2 observado, de 8,57, é inferior ao valor crítico de 12,592 para 6 graus de liberdade e nível de significância de 0,05, podemos afirmar que esta distribuição de valores é compatível com a hipótese de se tratar de uma distribuição aleatória.

Tabela 12 – Dia da semana

Dia Semana	Frequência	Percentagem (%)
Domingo	13	8,7
Segunda-feira	29	19,3
Terça-feira	28	18,7
Quarta-feira	23	15,3
Quinta-feira	26	17,3
Sexta-feira	18	12,0
Sábado	13	8,7
TOTAL	150	100

3.1.13 Turno

Quanto ao turno e de acordo com a tabela 13, existe claramente um maior número de ocorrências no turno da manhã (63,9%). Através da análise dos dados podemos confirmar que a distribuição não é aleatória, com uma probabilidade de certeza de 99% (valor do χ^2 observado de 62,02 superior ao valor crítico de 9,210 para 2 graus de liberdade e nível de significância de 0,01). Esta diferença torna-se visível no gráfico seguinte.

Tabela 13 – Ocorrências por turno

Turno	Frequência	Percentagem (%)
Manhã	94	63,9
Tarde	32	21,8
Noite	21	14,3
Não identificado	3	—
TOTAL	150	100

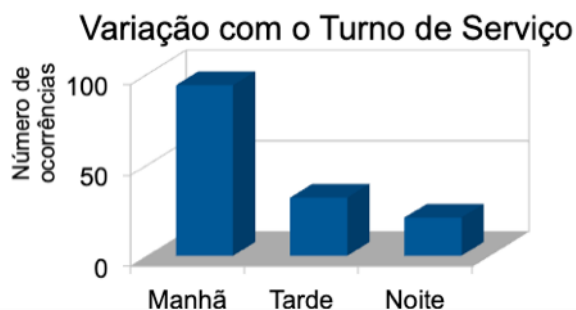


Gráfico 6 – Variação com o turno de serviço

3.1.14 Local de Ocorrência

O local com maior número de ocorrências foi o serviço de medicina (20,6%). Os serviços de internamento, em conjunto, concentram a maioria das ocorrências (57,4%), embora também sejam em maior número que os restantes. Mais relevante é o facto da segunda maior percentagem, em termos de local de ocorrência, se referir a ocorrências com local não identificado ou local ilegível – 19 no total. A tabela seguinte mostra a distribuição de ocorrências por local.

Através da análise dos dados podemos confirmar que a distribuição não é aleatória, com uma probabilidade de certeza de 99% (valor do χ^2 observado de 124,11 superior ao valor crítico de 40,289 para 22 graus de liberdade e nível de significância de 0,01).

Tabela 14 – Local de ocorrência

Local de Ocorrência	Frequência	Percentagem (%)
Serviço de Medicina	27	20,6
Serviço de Cirurgia	12	9,2
Bloco Operatório	8	6,1
UCI	2	1,5
Serviço de Urgência	13	9,9
VMER	2	1,5
Serviço de Pediatria	4	3,1
Serviço de Obstetrícia/Ginecologia	6	4,6
Serviço de Neonatologia	2	1,5
Serviço de Nefrologia	3	2,3
Serviço de Cardiologia	5	3,8
Serviço de Ortopedia	5	3,8
Serviço de Psiquiatria	6	4,6
Unidade de Convalescença	3	2,3
Serviço de Hematologia	1	0,8
Especialidades Médicas	4	3,1
Serviço de Imunohemoterapia	2	1,5
Ambulatório	2	1,5
Consulta Externa	7	5,3
Exames Especiais	2	1,5
Serviço Móvel	1	0,8
Entre Serviços	8	6,1
<i>In Itinere</i>	6	4,6
Não identificado	19	—

TOTAL

150

100

3.1.15 Causa

Quanto à causa podemos observar que o maior número de participações se deveu a picadas com agulha (41,3%). Apresenta um valor consideravelmente superior à segunda causa, esforços excessivos (10,6%) conforme se pode constatar na tabela seguinte. Através da análise dos dados podemos verificar que a distribuição não é aleatória, com uma probabilidade de certeza de 99% (valor do χ^2 observado de 226,89 superior ao valor crítico de 23,209 para 10 graus de liberdade e nível de significância de 0,01).

Tabela 15 – Causa

Causa	Frequência	Percentagem (%)
Picada com agulha	62	41,3
Esforços excessivos	16	10,6
Queda do trabalhador	14	9,3
Entalamento	3	2
Queda de objeto	1	0,6
Exposição a produtos	7	4,6
Projeção de partículas	5	3,3
<i>In itinere</i>	11	7,3
Agressão	8	5,3
Outro	14	9,3
Acidente de viação	1	0,6
Não identificada	8	5,3
TOTAL	150	100

A tabela de contingência referente à distribuição de ocorrências de causas por serviço encontra-se a seguir representada. Nela assinala-se a negrito as células com valor mais elevado. A esmagadora maioria das células está preenchida com o valor zero. Nas células que apresentam valor diferente de zero o valor mais frequente é 1, seguido de 2. Apenas uma célula apresenta um valor superior a 6, neste caso, 14. Refere-se à causa picada registada no serviço de Medicina.

É óbvia a dependência entre a causa e os locais de ocorrência. Contudo, uma análise mais profunda destes dados exigiria uma maior número de ocorrências e uma acentuada diminuição dos casos omissos e inválidos.

Tabela 16 – Local de Ocorrência versus Causa

Local de Ocorrência	Causa												
	Picada	Esforços	Queda	Queda objeto	Entalamento	Projeção	Exposição	In itinere	Agressão	Acidente	Outro	Não identificada	TOTAL
S. Medicina	14	4	0	0	0	1	4	0	0	0	3	1	27
S. Cirurgia	6	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	12
Bloco	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	8
UCI	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Urgência	5	2	0	1	1	1	0	0	2	0	1	0	13
VMER	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Serviço de Pediatria	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
S. Obstetrícia/Ginecologia	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
S. Neonatologia	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
S. Nefrologia	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
S. Cardiologia	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
S. Ortopedia	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
S. Psiquiatria	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	2	6
Unidade de Convalescença	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
S. Hematologia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Especialidades Médicas	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
S. Imunohemoterapia	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Ambulatório	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Consulta Externa	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	7
Exames Especiais	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
S. Móvel	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Entre Serviços	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	2	0	8
In Itinere	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6
Inválido	4	2	2	0	0	1	2	5	1	0	1	1	19
TOTAL	62	16	14	1	3	5	7	11	8	1	14	8	150

3.1.16 Causa Provável

A metodologia insegura é a causa provável mais frequentemente apresentada pelos enfermeiros como sendo a razão que terá conduzido ao acidente (42,9%). No entanto é também de salientar que 24,7% apresentam como causa provável “Instalações Inadequadas” e 15,6% “Doente Agitado”, o que remete para condições de trabalho de risco para o profissional. Através da análise dos dados podemos verificar que a distribuição não é aleatória, com uma probabilidade

de certeza de 99% (valor do χ^2 observado de 83,55 superior ao valor crítico de 18,475 para 7 graus de liberdade e nível de significância de 0,01).

Tabela 17 – Causa Provável

Causa provável	Frequência	Percentagem (%)
Metodologia Insegura	33	42,9
Instalações inadequadas	19	24,7
Equipamento Inadequado	3	3,9
Doente Agitado	12	15,6
Fadiga	6	7,8
Ritmo de Trabalho	1	1,3
Outro	1	1,3
Negligência de Terceiros	2	2,6
Não identificada	73	–
TOTAL	150	100

3.1.17 Lesão

A lesão que apresenta mais ocorrências é a picada (57%), talvez como consequência da picada com agulha ser a causa mais comum. Seguem-se os valores relativos ao tipo de lesão. Através da análise dos dados podemos verificar que a distribuição não é aleatória, com uma probabilidade de certeza de 99% (valor do χ^2 observado de 225,04 superior ao valor crítico de 23,209 para 10 graus de liberdade e nível de significância de 0,01).

Tabela 18 – Lesão

Lesão	Frequência	Percentagem (%)
Picada	57	40,7
Contusão	18	12,9
Ferida incisa	14	10,0
Entorse	13	9,3
Infecção	4	2,9
Fratura	3	2,1
Escoriação	2	1,4
Queimadura	1	0,7
Rotura muscular	1	0,7
Outro	26	18,6
Não referido	1	0,7
Não identificada	10	–
TOTAL	150	100

3.1.18 Local Afetado

As mãos são o local mais afetado (53,6%), com uma percentagem bastante superior ao segundo local, o tronco (9,3%). Quanto à lesão que mais afeta as mão é a picada (69,3%). Através da análise dos dados podemos verificar que a distribuição não é aleatória, com uma probabilidade de certeza de 99% (valor do χ^2 observado de 261,66 superior ao valor crítico de 20,090 para 8 graus de liberdade e nível de significância de 0,01).

Tabela 19 – Local afetado

Local afectado	Frequência	Percentagem (%)
Mãos	75	53,6
Tronco	13	9,3
Olhos	10	7,1
Membros Inferiores	10	7,1
Pés	10	7,1
Cabeça	8	5,7
Membros Superiores	8	5,7
Múltiplas localizações	5	3,6
Pescoço	1	0,7
Não identificado	10	–
TOTAL	150	99,9

3.1.19 Incapacidade e absentismo

Na maioria das declarações de AT não foi registada incapacidade (73,3%). A incapacidade total surge a seguir (19,9%). Das incapacidades verificadas a maioria (75,9%) não conduziu a absentismo laboral. Já se referiu anteriormente que os dados foram recolhidos das folhas de declaração inicial de AT, não sendo possível obter dados relativos aos períodos de absentismo. A tabela 21 e a tabela 22 apresentam os dados referentes à incapacidade e absentismo observado.

Tabela 20 – Incapacidade

Incapacidade	Frequência	Percentagem (%)
Sem incapacidade	107	73,3
Total	29	19,9
Parcial	10	6,8
Não identificada	4	–
TOTAL	150	100

Através da análise dos dados podemos verificar que a distribuição relativa à incapacidade não é aleatória, com uma probabilidade de certeza de 99% (valor do χ^2 observado de 105,80 superior ao valor crítico de 9,210 para 2 graus de liberdade e nível de significância de 0,01).

Tabela 21 – Absentismo

Absentismo	Frequência	Percentagem (%)
Não	113	76,9
Sim	34	23,1
Não identificado	3	—
TOTAL	150	100

O mesmo se passa relativamente ao absentismo, com uma probabilidade de certeza de 99% (valor do χ^2 observado de 42,46 superior ao valor crítico de 6,635 para 1 grau de liberdade e nível de significância de 0,01).

3.2 Discussão dos Resultados

Apresentados os resultados importa discutir e refletir sobre os mesmos. Esta discussão irá permitir salientar dados com mais significado e tentar relacionar os mesmos com a primeira parte do trabalho, permitindo posteriormente chegar às conclusões.

Como já referido a análise foi feita às declarações de AT de enfermeiros a exercer funções na instituição em estudo, durante o período de tempo compreendido entre 2010 a 2014. É importante realçar que variáveis como a utilização de barreiras de proteção ou imunização foram omitidos aquando do preenchimento das declarações o que impede a obtenção de dados pertinentes que certamente enriqueceriam a discussão dos resultados obtidos. Embora seja uma assunção, é ainda pertinente pensar que existem muitos outros AT não declarados, principalmente quando comparamos os mesmos com dados estatísticos apresentados na revisão da literatura e, referidos ao longo do trabalho. Os resultados aqui obtidos seguem contudo a linha de outros estudos consultados e que, apresentam valores consonantes com os que aqui se discutem.

Os Enfermeiros que participaram um AT são de nacionalidade Portuguesa, estando omissa somente em duas ocorrências. A inexistência de outras nacionalidades pode dever-se à localização geográfica da instituição em estudo.

Os enfermeiros que mais participaram AT são do sexo feminino (85,9%), seria contudo importante conhecer esta percentagem para o total de profissionais que exerceram funções durante os anos em estudo para melhor entender esta diferença tão exacerbada do sexo feminino. É contudo um dado empírico que existem, desde sempre, mais profissionais do sexo feminino a exercer enfermagem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, no ano de 2017 existiam 58939 enfermeiras e 12863 enfermeiros, ou seja, 82% do total são enfermeiras.

A faixa etária entre os 22 e 31 anos é a que apresenta um número maior de casos (36,8%), e verifica-se um decréscimo mais acentuado dos 52 anos em diante. Tal pode explicar-se, por um lado pela inexperience dos profissionais mais novos e por consequência com menos anos de prática, mas também com uma eventual mudança de serviço para outros em que a prestação direta de cuidados ao doente seja diferente ou inexistente, dos profissionais mais velhos. Aqui, seria também importante conhecer a relação existente entre a idade dos profissionais que trabalham na instituição. Podemos também observar que entre os 32 e 51 anos o número de AT declarados é bastante semelhante. Comprando ainda as variáveis acima podemos verificar que os profissionais do sexo feminino entre os 22 a 31 anos e do sexo masculino entre os 32 a 41 anos são quem mais apresenta notificações de AT. É contudo complexo atribuir uma explicação para este facto, eventualmente cruzando os locais de trabalho com o número de profissionais a exercer funções fosse o ideal. Observa-se também que a faixa etária e o sexo não são dependentes. Com um nível de significância de 0,05.

O grupo que apresenta maior número de ocorrências em função do tempo de serviço é o superior a 10 anos (58,6%), este valor vai ao encontro de outros estudos e bibliografia. FERREIRA citado por MARTINS (2002), afirma que existe falta de educação contínua e supervisão entre estes profissionais. Esta faixa também poderá contemplar um número maior de profissionais, pois abrange mais faixas etárias.

Estes profissionais trabalham na sua maioria com relação contratual a termo incerto (44,7%), de salientar contudo que nas declarações de AT existe uma percentagem significativa de profissionais que não responde a esta pergunta. Embora seja uma análise subjetiva é interessante observar que os que possuem contrato sem termo apresentam consideravelmente mais declarações de AT. Tal facto pode dever-se ao tempo a que já estão na instituição e como se pôde observar a maioria dos acidentes é declarada por enfermeiros com mais de 10 anos de serviço, ou com o facto de que quem possui um contrato a termo certo poderá por alguma razão preferir não declarar ocorrências à instituição.

À altura do AT a maioria dos profissionais tinha trabalhado 3 horas (18,2%). É contudo conhecido que diferentes grupos profissionais da área da saúde onde se incluem os enfermeiros possuem mais que um local de trabalho. Nesse sentido seria também importante saber se este valor se refere às horas totais trabalhadas ou somente no turno em que ocorreu o AT. CARDIN *et al* (1992) identificam o horário como mais propenso à ocorrência de AT como sendo entre as 11 e 13 horas, o que coincide com os valores obtidos neste e noutros estudos.

A instituição na qual se fez a recolha de dados apresenta uma oscilação entre os diferentes anos, sendo que inicialmente decresce para depois se verificar, nos dois últimos anos um aumento significativo de AT. O ano em que verificou um maior número de AT foi em 2014 (30%)

Existem múltiplos fatores que poderão explicar o facto, como sendo o encerramento de instituições circundantes o que pode ter conduzido a um acréscimo do número de utentes ou o aumento da carga horária laboral das 35 para as 40 horas semanais para as contratações mais

recentes. Teria sido importante a obtenção de dados como o número de profissionais a trabalhar em cada um dos serviços da instituição nos anos em que ocorreram os acidentes bem como o número de utentes, camas e serviços existentes.

O mês de fevereiro é o que apresenta mais declarações (13,3%), sendo que este curiosamente é que possui menos dias. Este valor poderá estar relacionado com o fluxo de doentes e ocupação de camas na instituição. Nos meses correspondentes ao período do verão existe um decréscimo acentuado de declarações. A explicação plausível é que durante esse período poderá existir um elevado número de pessoas que se deslocam em férias para outras zonas geográficas. Este valor é consonante com outros estudos consultados. Os meses de abril em 2010 e Julho em 2011 não tiveram qualquer ocorrência. Contudo como existe um número demasiado baixo de ocorrências globalmente não é possível retirar qualquer conclusão estatisticamente.

Quanto ao dia da semana o maior número de ocorrências verificou-se à segunda feira (19,3%), este valor é dissonante de outros estudos e referências bibliográficas por eles citados. Seria interessante tentar compreender se dentro dos outros estudos os profissionais de enfermagem participaram também mais AT à segunda feira. Poderá existir um processo de trabalho que justifique a ocorrência. Contudo e tendo em conta o diferencial existente e a baixa quantidade de AT não é possível tirar conclusões definitivas.

Em relação ao turno em que mais ocorrências foram verificadas foi o da manhã (63,9%) com um diferencial para o turno da tarde que se segue em número de ocorrências de 42,1%, o que vai ao encontro do estudo de CARDIM *et al* (1992) que nos indica que é durante os turnos da manhã e da tarde que ocorre um maior número de AT. Este estudo foi feito tendo em consideração mais classes, contudo encontra-se em linha com os resultados obtidos na colheita de dados deste trabalho. Este resultado poderá ser explicado com a dinâmicas dos serviços e o tipo de trabalho que é efetuado durante este turno.

Porém observa-se que o sexo masculino tem um aumento significativo atingindo o seu pico aos 32 anos. Segundo CARAPINHEIRO e LOPES (1997), a maior representatividade de enfermeiros entre os 24 e os 40 anos é no Serviço de Urgência, contudo não é neste serviço que se verificam o maior número de ocorrências. Os AT nesta faixa etária pode atribuir-se eventualmente à falta de experiência profissional dos enfermeiros. Ainda segundo MARTINS (2012), os profissionais de enfermagem com menor tempo de serviço são os que mais declaram AT por picada com agulha, fruto dessa mesma inexperiência. Afirma ainda que o acidente por picada é inversamente proporcional à idade.

Quando cruzamos a informação referente à idade e tempo de serviço verificamos que são variáveis dependentes.

O local onde mais AT ocorreram foi no Serviço de Medicina (20,6%), com mais 10,7% de ocorrências que o segundo local, o Serviço de Urgência. Embora o Serviço de Urgência surja em segundo, globalmente verifica-se uma maior ocorrência de AT nos serviços de internamento

(57,4%), sendo a Medicina e a Cirurgia os que mais ocorrências têm. Verificou-se também dependência entre o local da ocorrência e o tipo de lesão verificada, sendo que globalmente a picada por agulha surge em quase todos os serviços, perdendo relevância somente no Serviço de Psiquiatria e nos acidentes ocorridos entre serviços.

A maioria dos AT referem-se a picadas com agulha (40,7%), sendo o local mais afetado as mãos (53,6%), curiosamente é também nas mãos que a maioria das picadas de agulha acontecem (69,3%). Os valores obtidos vão de encontro ao que afirmam CARAPINHEIRO e LOPES (1997) que referem que as picadas e cortes são o tipo de acidente mais frequente e também vai de encontro aos estudos realizados em contexto nacional por MARTINS (2012). Embora os enfermeiros preparem e administrem medicação, executem técnicas invasivas com cortoperfurantes seria importante comparar com outros profissionais de saúde na instituição como os médicos, principalmente ao nível do BO, para estabelecer uma comparação entre grupos profissionais distintos. Existem diversos fatores potencialmente contributivos para o número de picadas, como a falta ou material inadequado, sendo a inexistência de contentores de cortoperfurantes, ou a sua localização que segundo MARZIALE e RODRIGUES (2002) representam fator potenciador para estas ocorrências, a sobrecarga de trabalho ou os sistemas de trabalho utilizados. Podemos também inferir que secundário à existência de doenças infeto contagiosas, com especial incidência para o HIV, possam provocar uma maior preocupação nos enfermeiros, o que leva a um maior número de declarações de AT. Refere ainda CARDIM *et al* (1992), os membros são a área corporal mais atingida, representando 52% das incidências. Importa também realçar que a maioria das agressões são verificadas no Serviço de Psiquiatria.

A metodologia insegura (42,9%) e a inadequação das instalações (24,7%) são as que possuem maior representatividade. Importa também referir que o maior número de declarações (n=73) não referiam a causa provável, pelo que esse valor foi desprezado. Como já referido e ainda no contexto da metodologia insegura, não foram encontradas participações em número suficiente para se poder retirar qualquer conclusão sobre a utilização de barreiras de proteção na altura do AT.

No que diz respeito à incapacidade a maioria dos AT não provocou incapacidade (73,3%), seguido da incapacidade total (19,9%) e posteriormente a incapacidade parcial (6,8%). Verifica-se que os AT são reportados principalmente quando existe incapacidade total, a existir, ou nos casos em que não existe incapacidade, como é o caso da picada da agulha, que contudo possui um risco acrescido de contaminação por doença infeto-contagiosa. Como já referido no capítulo anterior, é comum que os profissionais de saúde, ou desvalorizem as suas queixas ou, simplesmente recorram a consultas informais através do acesso facilitado a cuidados de saúde. Tal, tendo em consideração o observado, deve contribuir para que alguns AT não sejam notificados.

No caso do absentismo a maioria não necessitou de faltar ao seu trabalho (76,9%). Com os dados acedidos foi difícil obter um valor preciso de dias totais de absentismo, contudo seria

pertinente perceber os dias de absentismo no total, seria dessa forma possível perceber a dimensão no que a custos diz respeito para posteriormente propor melhorias tendo por base esses mesmos custos. Seria também pertinente obter a quantidade de dias perdidos por cada acidente com absentismo a fim de perceber a gravidade de cada um dos AT declarados e que tenham resultado em dias perdidos.

Os acidentes que mais incapacidade provocaram foram os que se relacionam com componente osteoarticular, independentemente da causa. As quedas, esforços físicos exagerados e acidentes de viação foram as causas que mais incapacidade provocaram.

Através do presente estudo foi possível verificar a existência de participações de AT que se encontravam incompletas ou preenchidas com letra ilegível, não existiam também instruções para o preenchimento das mesmas.

Tendo em consideração os resultados obtidos seria pertinente a análise do mapa de RH, cruzando esses valores com taxas de afluência e ocupação e também a verificação das medidas já implementadas para efetuar sugestões de melhoria com o intuito de reduzir o número de AT.

Ainda assim é notória a necessidade de desenvolver planos de ação relativamente a algumas das situações observadas como por exemplo a reincidência de AT particulares ou o número de AT verificados em serviços específicos.

O número de picadas com agulha e bisturi é consideravelmente mais alto que os demais AT declarados, tal carece em primeiro lugar de análise para entender se existe efetivamente uma discrepância acentuada ou se nem todos os AT são participados. A aquisição de equipamentos com proteção como agulhas retráteis ou com outros meios proteção, análise da disposição dos equipamentos como contentores de cortantes, análise das metodologias de trabalho executadas e rácios. Por fim a implementação de sessões de informação e formação a toda a equipa.

Existem também diversos casos de que resultam lesões músculo-esqueléticas. Estas relacionam-se através de duas dimensões diferentes – intra e extra-hospitalar.

No caso das ocorrências intra-hospitalares, podemos referir os esforços excessivos, entalamento e quedas verificadas em percursos entre serviços. Será neste caso importante verificar as condições de trabalho existentes nos diferentes serviços no que diz respeito ao espaço e equipamentos para auxílio na mobilização de doentes. Relativamente às quedas dependendo do local exato e das circunstâncias em que ocorreram, a aplicação de materiais antiderrapantes e sinalização de aviso para chão molhado e para a utilização de corrimãos talvez possa ser pertinente. Novamente, sessões de formação/informação são essenciais para a tentativa de redução destas ocorrências e com um custo reduzido.

Existem também diversas ocorrências *in itinere*, embora esta situação seja de mais difícil resolução e com dependência direta do enfermeiro e de terceiros no caso de acidentes de viação, seria pertinente perceber em que circunstâncias específicas ocorreram para eventualmente aplicar medidas corretivas através do aconselhamento e informação aos profissionais de saúde.

Verificaram-se também alguns dados pertinentes, como as agressões terem sido notificadas principalmente no serviço de psiquiatria e, ainda, que a maioria dos AT se comprovam ao nível dos serviços de internamento, especificamente em internamento de medicina. Estes indicadores permitirão aos serviços de HST incidir a sua ação principalmente ao nível destes serviços nomeadamente através do estudo das características físicas dos próprios serviços e dos respetivos recursos humanos para incidir a sua abordagem nas falhas que possam detetar.

Existem ainda outros serviços com características mais específicas de difícil abordagem como é o caso da Viatura Médica de Emergência e Reanimação, que embora não apresentem muitas ocorrências comparativamente com o resto da instituição, as consequências podem ser de elevada gravidade. Nestes casos, e por se relacionarem diretamente com o Instituto Nacional de Emergência Médica seria importante uma abordagem interinstitucional no sentido de perceber que ações preventivas ou corretivas se encontram em curso e proceder à sua avaliação. Seja através da realização de cursos de condução de defensiva após o curso inicial, seja através de exames médicos rigorosos para avaliar a capacidade de condução a alta velocidade e a capacidade física para os esforços físicos que esse trabalho exige.

Os serviços de HST poderão desenvolver uma plataforma digital, através da intranet a título de exemplo, onde divulguem informação pertinente, relativamente à estatística de AT, planos de evacuação, treino de incêndio e planos de catástrofe disponíveis para consulta.

Existe também uma grande necessidade de harmonização do preenchimento das declarações de AT, através da eliminação de dados incompletos, a título de exemplo não existem dados de imunização dos enfermeiros que fizeram declarações nos anos em estudo, seja através da utilização de letra legível, podendo a declaração passar a ser preenchida em formato digital a título de exemplo. A nível nacional estes dados deveriam ser centralizados e preservando o anonimato deveriam ser tornados públicos para consulta, principalmente a nível institucional permitindo a avaliação de tendências e a comparação entre instituições.

Os diferentes serviços de HST das instituições deveriam também partilhar informações sobre abordagem e avaliação de situações de risco, permitindo assim uma melhoria dos serviços de HST que ainda se encontram em fase de desenvolvimento de diferentes abordagens relativamente às questões relacionadas com a HST.

Implementação de instrumentos que permitam aos profissionais fornecer informações aos serviços de HST/SO relativamente a riscos pré existente ou novos riscos, de forma a permitir uma intervenção atempada para mitigar riscos ou impedir acidentes. Um exemplo de instrumento encontra-se em Apêndice II

A alocação financeira será também uma das questões pertinentes a avaliar, contudo, caso fossem divulgado dados relativos às despesas com baixas médicas, tratamentos, seguros, contratação e formação de novos elementos talvez fosse possível perceber que a aposta nos serviços de HST é de extrema importância e que, a referida alocação financeira não representa uma despesa mas sim um investimento.

4. LIMITES DO ESTUDO

No decurso da realização deste trabalho foram encontradas algumas limitações para a realização do mesmo e, das quais, se poderão também retirar algumas elações para a realização de futuros trabalhos dentro do mesmo contexto.

Este estudo compreendia na sua fase de conceção e projeto a colheita de dados em cinco instituições, uma em cada ARS em Portugal Continental. Tal não se revelou possível, tendo sido efetuada a colheita de dados somente em uma das ARS e por consequência em uma instituição.

Esta diminuição de instituições em estudo deriva do primeiro limite do estudo. Cada uma das diferentes instituições possui a sua organização específica no que diz respeito aos processos de declaração e arquivo de AT e também, cada instituição com o seu gabinete de ética, cada qual com a sua metodologia para solicitação de pedido de autorização, que pondera e valida a possibilidade de realização de uma investigação na sua instituição.

Assim onde instituições aprovaram, outras remeteram o pedido para a Comissão Nacional de Proteção de Dados. Após a aprovação por parte de 4 das instituições os pedidos seguiram para os respetivos serviços para autorização por parte destes.

Aqui também se verifica que não existe uma padronização pois existem instituições em que as declarações de AT se encontram nos RH nos processos individuais dos trabalhadores, não possuindo o serviço de HST ou SO a informação.

Portanto das cinco instituições às quais foram pedidas autorizações, uma não possuía os dados num ambiente que possibilitasse a sua consulta pois os dados estão nos RH, outra instituição não autorizou sem o parecer da CNPD, uma instituição perdeu o processo pelo que o mesmo teria que ser reiniciado o que iria demorar sensivelmente um ano até estar concluído, e numa outra instituição a responsável do serviço de HST não enviou os documentos como combinado após visita à instituição.

Este constitui assim o primeiro limite do estudo pois a quantidade de dados colhidos torna discutível a sua representatividade no contexto nacional.

É também importante realçar que a acompanhar um estudo com dimensão nacional seria provavelmente pertinente a aplicação de questionários aos profissionais de saúde constituídos como amostra e, a exercer funções atualmente, para compreender se todos os acidentes de trabalho são declarados. Tal permitiria perceber se existe enviesamento entre os dados obtidos e a realidade.

Seria também pertinente obter dados mais precisos sobre taxas de ocupação e de consultas em cada um dos serviços onde são declarados os AT bem como o número de profissionais a trabalhar no momento de forma a conseguir estabelecer conexões estatísticas entre os diferentes dados. Tal iria implicar a colaboração entre serviços o que no contexto deste trabalho seria impraticável.

As folhas de declaração de AT não são comuns a todas as instituições, cada uma possui o seu modelo próprio, no caso da instituição visitada foi verificado que existiam muitas declarações incompletas ou mal preenchidas. Existem também perguntas abertas, o que poderá tornar complexo o tratamento estatístico dos AT a nível institucional.

Os dados relativos aos acidentes de trabalho já não são enviados para a ACSS, pelo que não se encontram agregados em qualquer instituição. Cumulativamente a ACT só tem conhecimento dos AT considerados graves, e a decisão da gravidade cabe ao empregador, sendo que em unidades hospitalares e como já foi referido, muita sintomatologia é subestimada e, por existir um prazo para a declaração de um acidente de trabalho grave, se considerarmos uma picada de agulha, em que uma doença só se poderá confirmar passados meses em alguns casos, torna impossível a declaração da mesma.

Foi também contactada a ACSS para solicitar a partilha da informação relativa aos dados estatísticos de anos anteriores, contudo a resposta foi que não existe essa mesma estatística.

5. CONCLUSÃO

O presente trabalho termina ao fim de 5 anos. O seu desenvolvimento passou por diversas etapas em que o tempo disponível para a sua elaboração foi sendo gerido face às limitações impostas pela vida profissional e, também, pelas inúmeras contingências com que me deparei no processo de obtenção das autorizações para a realização da colheita de dados nas instituições.

No que diz respeito aos objetivos traçados, secundário à limitação imposta no que diz respeito à colheita de dados, que se verifica menor que o previsto inicialmente, pode-se afirmar que na sua maioria foram alcançados.

Foi possível qualificar, quantificar e caracterizar os AT verificados, embora somente em uma das instituições, a análise da distribuição dos AT foi efetuada através de análise estatística, as causas diretas dos AT foram identificadas, e confirma-se através de diferentes estudos a nível nacional os valores encontrados são sobreponíveis a outros anos e outras instituições. Pelo que se pode afirmar que não tem existido uma evolução observável no que diz respeito à prevenção de AT e mitigação de riscos. A avaliação da aproximação dos trabalhadores aos serviços de HST não pode ser realizada até a aplicação de algumas das sugestões apresentadas neste trabalho.

Os riscos observados foram hierarquizados através da elaboração de uma matriz de risco e em função do observado foram feitas algumas sugestões. Não foi ainda assim, feita a observação, pois não se enquadrava no âmbito do mesmo, dos locais de trabalho a fim de elaborar sugestões mais apropriadas ou específicas à instituição.

Os resultados serão apresentados à instituição após a defesa do presente trabalho, para eventual referencia por parte desta.

Uma vez que só foi efetuada colheita de dados nas participações iniciais e não foi feita consulta ao processo de AT, não foi possível quantificar o tempo de trabalho perdido na sua

totalidade. Quanto às consequências diretas foi possível observar quantos acidentes provocaram incapacidade e qual o tipo de lesão que provocaram. A impossibilidade de consultar os processos prendeu-se com o facto de que o pedido de autorização para as mesmas não foi realizado e, as folhas de colheita de dados não se encontravam atualizadas com a informação.

No sentido de contribuir para a redução, de uma forma geral, do número de AT sugere-se formação específica aos trabalhadores no âmbito da HST, incluindo os mesmos nos processos de decisão, através da sua consulta, no que diz respeito à aquisição de materiais e equipamentos ou alterações estruturais dos serviços.

Inclusão de formação em HST a nível académico de modo a que antes do início da sua atividade laboral o enfermeiro seja detentor de conhecimentos que permitam uma correta avaliação de riscos e a mitigação dos mesmos.

Investimentos em processos de segurança de engenharia, como por exemplo agulhas com segurança, de forma a reduzir o AT que se verificou em maior número.

A nível nacional, um maior envolvimento tanto da ACSS como da ACT para a recolha e elaboração de estatística a nível nacional, para comparação e emissão de pareceres que possam ajudar a eliminar ou mitigar riscos.

Existe ainda um longo caminho a percorrer nas instituições de saúde no sentido de melhorar as condições de trabalho e eliminar AT. O foco será sempre os cuidados de saúde ao utente e as condições de segurança do mesmo, sendo o trabalhador relegado para segundo plano nessas mesmas questões.

As políticas de proteção de dados, embora essenciais, constituíram uma barreira no que diz respeito ao processo de investigação e ao acesso à informação pretendida na medida em que existiram diferentes critérios de aceitação para a realização do estudo consoante a instituição em causa. Tal não faz sentido uma vez que a tutela em última instância é a mesma e, também, por já existirem outros estudos já realizados no mesmo âmbito em que o acesso à informação foi total e para a realização do presente estudo não houve autorização.

A realização do presente trabalho teve um elevado contributo para a minha evolução tanto profissional como académica uma vez que permitiu a aquisição de inúmeros conhecimentos atualizados e baseados na evidência no âmbito da HST principalmente no que relaciona com a temática do trabalho. Este processo de aquisição foi feito através do contato com as diferentes instituições, resolução de problemas e adaptação a diferentes contingências como também através de pesquisa bibliográfica e partilha de experiências de diferentes profissionais com que me cruzei.

BIBLIOGRAFIA

A

- Akansel, N., Kaymakci, S. (2008). *Effects of intensive care unit noise on patients: A study on coronary artery bypass graft surgery patients*. Journal of Clinical Nursing volume 17, issue 12:1581-1590.
- Alegre, M. (1995). *Projeto para um Modelo de Atendimento às Necessidades Educativas Especiais de Alunos Deficientes Visuais da Região Centro* Monografia para prova de Candidatura ao 8º escalão da Carreira de Docente em Coimbra. Disponível em 13/10/2017 em www.deficienciavisual.pt/txt-adeficienciavisual.htm
- Alison, M. et all. (2008). Chapter 39 *Personal Safety For Nurses. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for nurses*. Rockville: AHRQ Publication n.º 08-0043. Disponível em 10/10/2017 em, <http://archive.ahrq.gov>
- Arnaut, A. (2009). *Serviço Nacional de Saúde 30 anos de resistência*. 2ª Edição. Coimbra: Coimbra Editora
- Arrabaço, M. (2008). *Acidentes de Serviço em Profissionais de Saúde: identificação, representações e comportamentos face à exposição microbiológica accidental* – Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Disponível em 11/09/2017 em, <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/7191/LC421.pdf>

B

- Barroso, M.P. et all. (2008). *Ergonomia e Lesões Muscúlo-Esqueléticas em Contexto Hospitalar*. Guimarães: Universidade do Minho/CHAM, Relatório Interno.
- Bell, J. (1997). *Como Realizar um Projeto de Investigação*. Lisboa: Grávida.
- Bulhões, I. (1988). *Enfermagem do Trabalho* Volume 2. Rio de Janeiro: Ideias
- Bryman A., Cramer D. (1990). *Análise de Dados em Ciências Sociais Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editora

C

- Cabete, D. (2000). *Risco Penosidade e Insalubridade Uma Realidade Na Profissão de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cardim, L. Et all. (1992). *Segurança, higiene e Saúde no Local de Trabalho*. Lisboa: IEFP
- Carapinheiro, G. Lopes, N. (1997). *Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses: Estudo sociográfico de Âmbito Nacional*. Lisboa SEP
- Carvalho, F. (2004). *Exposição Ocupacional às Radiações Ionizantes*. Porto: Ordem dos Engenheiros – Região Norte.
- Caria, M. (2005). *Métodos de Pesquisa de Informação: Área Disciplinar de Investigação e Estatística*. Setúbal: Escola Superior de Saúde
- Carvalho, G. (2009). *O mobbing nos Enfermeiros*. INFAD Vol. 4 n.º 4

- Chievenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas: O Novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações*. Rio de Janeiro: Editora Campus Lda.
- Committee on the Biological Effects of Ionizing Radiation (BEIR V), National Research Council (1990). *Health Effects of Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation (Beir V)*. Washington: National Academies Press.
- Corte, A. et al (2005). *Os riscos na Enfermagem*. 2005 Revista Nursing n.º 196

D

- Duarte, N., Mauro, M. (2010). *Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros*. Revista brasileira de saúde ocupacional n.º 121 Vol. 35

F

- Factor Segurança, Lda, (2005). *Radiações Ionizantes e não Ionizantes*. *Kéramica* n.º 270 disponível em, 13/10/2017 em, www.factor-segur.pt/artigosA/artigos/radiações_ionizantes_e_nao_ionizantes.pdf
- Faria, M. (1987). *A Análise do Trabalho como Instrumento Metodológico Fundamental em Ergonomia*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* n.º 3/4: 55-60.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação – da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Freire, V. (2000). *Acidentes de Trabalho na Construção Civil: Influência do Afastamento Familiar* (Monografia de Especialidade na área da Saúde Pública). Não Publicada. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Freitas, L. (2011). *Segurança e Saúde do Trabalho*. 2ª Edição Lisboa: Edições Sílabo

G

- Garcia, G. (2003) – El Síndrome de Burnout. *Revista de Enfermería ROL* Vol 11: n.º 26.
- Gaspar, P. (1997). *Enfermagem Profissão de Risco e de Desgaste: Perspectiva do Enfermeiro do Serviço de Urgência*. *Nursing* n.º 109: 23-24.
- Ghiglione, R., Matalon, B. (1995). *O Inquérito Teoria e Prática*. Oeiras, Celta Editora
- Gómez, J., Sobrino L. (2005). Riesgos biológicos en los estudiantes de enfermería: dimensionamiento del problema y sus soluciones. *Evidentia*. Disponível em, 10/10/2016 em, <http://www.index-f.com/evidentia/n6/142articulo>.
- Governo de Portugal, Ministério da Saúde (2015). *Boletim Informativo dos Acidentes de Trabalho e Serviço Atualização (2012-2014)*. Lisboa.
- Graça, L. (1994). *Hospital Real de Todos os Santos: da ostentação da caridade ao génio organizativo*. *Dirigir-Revista para Chefias*. n.º 32: 26-31

H

- <http://anbp.pt/ficheiros/uploads/2b1fea94be5cc3ecea4a545be53f1de7.pdf> em, 14/10/2017
- [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Administrações_Regionais_de_Saúde_\(ARS\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Administrações_Regionais_de_Saúde_(ARS)) em, 25/6/2017
- http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:_definição_e_classificação em, 30/12/16
- <http://www.acss.min-saude.pt/ÁreaseUnidades/InvestimentosInstalEquipamentos/Destaques/SistNacionalIdentifInstituiçõesSistSaúde/RedeHospitalardoSNS/tabid/318/language/pt-PT/Default.aspx> em, 27/01/2016
- <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/autorizacao-de-profissionais-de-saude-do-trabalho/enfermagem-do-trabalho.aspx>
- http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_busca_assunto_diploma.php?buscajur=enfermeiro&artigo_id=&pagina=1&ficha=1&nid=1158&tabela=leis em 13/10/17
- http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2088&tabela=leis&so_miolo= em, 24/6/2017
- <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>, em, 29/01/2016
- http://www.seg-social.pt/documents/10152/174741/lista_doencas_profissionais/d20932f3-290d-4ce9-a16d-4b75c8d159fc em, 13/10/17
- http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Bentes_M%20IGIF%201998.pdf em, 13/03/2019
- <https://dre.pt/pesquisa/-/search/543922/details/maximized> em, 15/03/2019
- <https://www.frasescurtas.net/frases-de-agradecimento.html> em, 25/6/2017
- <https://www.ilo.org/lisbon/lang--pt/index.htm> em, 11/03/2019
- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11127/2017_dadosestatisticos_nacional.pdf
- https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.1_Data_highlights_508.pdf em 09/09/2017
- <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx> em, 24/6/2017
- <https://www.pensador.com/frase/MzUzOTU3/> em, 9/9/17
- https://www.pensador.com/frases_ou_pensamentos_de_estimulo_ao_conhecimento/ em, 24/06/2017
- <https://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf> em, 24/6/2017
- www.confagri.pt/Legislação/Pages/Decreto_Lei_182_2006.aspx em, 13/10/2017
- www.pordata.pt em, 24/07/2017

L

- Lima, P. (2002). *Manual de Controlo de Riscos Profissionais* (Curso de Pós-Graduação Segurança e Higiene do Trabalho). Setúbal. Escola Superior de Ciências Empresariais.
- Lima, P. (2003). *Manual de Gestão da Prevenção* (Curso de Pós-Graduação Segurança e Higiene do Trabalho). Setúbal. Escola Superior de Ciências Empresariais.

M

- Maia P. (2005). Contributos para a caracterização da atividade profissional dos Enfermeiros com vista à justificação da idade e tempo de serviço para aposentação. *Revista Ecos da Enfermagem*. Ano XXXVI: n.º 243:6.
- Martins, M. (2002). *Acidentes de trabalho nas instituições de Saúde do Distrito de Bragança e sua Associação com Absentismo Laboral*. Faculdade de Medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em, 28/12/2016 em, <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4268/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Matilde%20Martins.pdf>
- Martins, M. (2014). *Epidemiologia dos Acidentes de Trabalho em Instituições Públicas de Saúde - Fatores Associados e Repercussões*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em, 28/12/2016 em, <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78015/2/109688.pdf>
- Marziale. M., Rodrigues, C. (2002) – *A Produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem*. Revista Latino Americana de Enfermagem V. 10, n.º4 (571-577). Ribeirão Preto
- Melo, J., Rodrigues, R. (2003). *Manual de Segurança do Trabalho Mod. VI* (Curso de pós Graduação em Segurança e Higiene no Trabalho). Setúbal: Escola Superior de Ciências Empresariais
- Miguel, A. (2014) *Manual de Higiene e Segurança no Trabalho*. 13ª Edição Porto: Porto Editora
- Miguel, A. et al. (2010) *Desenvolvimento e Validação de um Guião para o Diagnóstico das Condições de Segurança e Saúde na Administração Local*. Guimarães: Sociedade Portuguesa de Segurança e Saúde Ocupacionais.

O

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: OE.

P

- Pugh, R. (2007). *The Impact Of Noise In The Intensive Care Unit*. (versão electrónica), Critical and Emergency care. Em, 13/10/2017, em, <http://ihe-online.com/fileadmin/artimg/the-impact-of-noise-in-the-intensive-care-unit.pdf>.

- Pinto, A. (2009). *Segurança e Saúde no Trabalho – Guia para a sua implementação* 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.

R

- Ribeiro, R. (1997). *Acidentes de trabalho: Ocorrências nas instituições dependentes do Ministério da Saúde no período 1992-1994*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Ribeiro, M. (2012). *Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros* Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Viseu. Em, 14/10/2017 em, www.repositório.ipv.pt
- Richardson, A. et al. (2009). *Development and implementation of a noise reduction intervention programme: a pre and postaudit of three hospital wards*. Journal of Clinical Nursing volume 18, 44:3213-3375.
- Rocha, I., PIMENTA, N. (2014). *Código do Trabalho*. 8ª Edição Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, A. et al. (2003). Exposição a agentes biológicos *Revista Divulgação Segurança e Saúde no Trabalho* n.º 12
- Rogers, B. (1994). *Enfermagem do Trabalho – Conceitos e Prática*. 1ª Edição. Loures: Lusociência

S

- Sá, N. (2014). *Fundamentos Gerais em Saúde e Segurança no Trabalho Internacional*. Lisboa: Petrica Editores.
- SEP (2000). *Risco, Penosidade e insalubridade: Uma Realidade na Profissão de Enfermagem*. Lisboa
- Silva, J. (2015) *Manual de Gestão das Operações* (Curso de pós Graduação Segurança e Higiene do Trabalho). Setúbal. Escola Superior de Ciências Empresariais.

T

- Tappen, R. et al. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem – Conceitos e Prática*. 4ª Edição. Lisboa: Lusociência.

U

- Uva, A., Faria, M. (1992). *Riscos Ocupacionais em Hospitais e Outros Estabelecimentos de Saúde*. Lisboa
- Uva, A. (2009). *Salud y Seguridad del Trabajo em Portugal.I*. Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo. Nº 214 (12-25). Madrid

V

- Veiga, R. et al. (2003). *Segurança, higiene e saúde do trabalho : um guia prático imprescindível para a sua atividade diária*. Lisboa : Verlag Dashöfer.

APÊNDICES

APÊNDICE I

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEITA DE DADOS

Exmo. Sr.º Presidente
do Conselho de Administração

Gonçalo Manuel Pereira Jorge, Enfermeiro, aluno do Curso de Mestrado em Higiene e Segurança no Trabalho da Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para consulta e utilização dos dados referentes às Notificações de Acidentes de Trabalho ocorridos com Enfermeiros, entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2015.

O presente pedido tem como propósito a realização de um trabalho de investigação académico intitulado “Acidentes de trabalho de Enfermeiros em Ambiente Hospitalar” para a obtenção do Grau de Mestre sob orientação da Professora Mariana Pereira da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Os objetivos do trabalho que pretendo efetuar são:

- Análise da prevalência e incidência dos Acidentes de Trabalho durante o período em estudo;
- Análise da associação entre os Acidentes de Trabalho em função da área geográfica, serviço, entre demais variáveis da população alvo;
- Análise das variáveis em estudo inferindo as que possam implicar um maior risco para a segurança e saúde do trabalhador tendo em consideração as consequências;
- Aplicação de um modelo de avaliação de risco tendo por base a incidência/prevalência e gravidade de lesões ocorridas.

Para efeitos do estudo, as instituições e os dados pessoais constantes nas declarações de Acidente de Trabalho serão mantidos no anonimato, acautelando assim todas as questões éticas inerentes à realização de trabalhos de investigação académica.

Para uma melhor perceção dos dados em análise anexo o instrumento de colheita de dados a utilizar.

Disponibilizo-me também, desde já, a fornecer uma cópia integral do trabalho desenvolvido à instituição, caso seja solicitado.

Para qualquer informação adicional que possa considerar pertinente os contactos são:

Gonçalo Jorge: gmpjorge@gmail.com, 919028745, Rua da Eurocerâmica 27 A 2925-145 Azeitão

Professora Mariana Pereira: mariana.pereira@ess.ips.pt

Sem outro assunto despeço-me cordialmente.

(Gonçalo Jorge)

APÊNDICE II

INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO DE RISCOS

Cartão de Observação e Intervenção

?

?

Observação ☐ ?

Identificação de Risco ☐

Quase Acidente ☐

Local: _____ Data: _____

?

?

Condição Observada

Positiva ☐

Negativa ☐

Descrição: _____ ?

?

Ações Corretivas

Descrição: _____

Identificação (opcional)

?

?

Nome _____ Serviço _____

APÊNDICE III

DISTRIBUIÇÃO HOSPITALAR

ARS	DISTRITO	INSTITUIÇÃO	AGRUPAMENTO
NORTE	Aveiro	Hospital de Oliveira de Azeméis – São Miguel	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE
		Hospital de S. João da Madeira	
		Hospital de Santa Maria da Feira – São Sebastião	
	Subtotal: 3		
	Braga	Hospital de Braga	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
		Hospital de S ^{ta} . Maria Maior, EPE	
		Hospital de Fafe – São José	
		Hospital de Guimarães – Nossa Senhora da Oliveira	
	Subtotal: 4		
	Bragança	Hospital de Macedo de Cavaleiros	Centro Hospitalar do Nordeste, EPE
		Hospital Distrital de Bragança	
		Hospital Distrital de Mirandela	
	Subtotal: 3		
	Porto	Hospital de Espinho	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
		Hospital de Vila Nova de Gaia	Centro Hospitalar do Porto, EPE
		Hospital de Santo António	
		Hospital Especializado de Crianças Maria Pia	
		Maternidade Júlio Dinis	
		Centro de Genética Médica Doutor Jacinto de Magalhães	
		Instituto Português de Oncologia - Francisco Gentil (Porto), EPE	

ARS	DISTRITO	INSTITUIÇÃO	AGRUPAMENTO
NORTE	Porto	Hospital Magalhães Lemos, EPE	Centro Hospitalar de São João, EPE
		Hospital de São João	
		Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	
		Hospital Pedro Hispano - Matosinhos	Unidade de Saúde Local de Matosinhos, EPE
		Hospital de Amarante – S. Gonçalo	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE
		Hospital do Vale do Sousa – Padre Américo	
		Hospital de Famalicão – S. João de Deus	Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE
		Hospital de Santo Tirso – Conde de S. Bento	
		Hospital da Póvoa do Varzim – S. Pedro Pescador	Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde
		Hospital de Vila do Conde	
	Subtotal: 17		
	Viana do Castelo	Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE	ULS Alto Minho, EPE
		Hospital Conde de Bertiandos – Ponte de Lima	
		Hospital de Santa Luzia – Viana do Castelo	
	Subtotal: 3		
	Vila Real	Hospital de São Pedro de Vila Real	Centro Hospitalar Trás os Montes Alto Douro, EPE
		Hospital Dom Luiz – Peso da Régua	
		Hospital Distrital de Chaves	
		Hospital Distrital de Lamego	
	Subtotal: 4		
	Total ARS Norte: 34		

ARS	DISTRITO	INSTITUIÇÃO	AGRUPAMENTO
CENTRO	Aveiro	Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar	
		Hospital Visconde de Salreu – Estarreja	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
		Hospital Infante D. Pedro – Aveiro	
		Hospital de Águeda	
		Hospital José Luciano de Castro - Anadia	
	Subtotal: 5		
	Castelo Branco	Hospital Pêro da Covilhã	Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE
		Hospital do Fundão	
		Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco	ULS Castelo Branco, EPE
	Subtotal: 3		
	Coimbra	Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede	
		Centro Medicina e Reabilitação Da Região Centro – Rovisco Pais	
		Centro de Recuperação de Arnes – Soure	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, EPE
		Hospital do Lorvão – Penacova	
		Hospital Sobral Cid - Coimbra	
		Hospital dos Covões	Centro Hospitalar de Coimbra, EPE
		Maternidade Bissaya Barreto	
		Hospital Pediátrico de Coimbra	
		Hospitais Universitários de Coimbra	Hospitais Universitários de Coimbra
		Maternidade Daniel de Matos	
		Instituto Português de Oncologia - Francisco Gentil (Coimbra), EPE	
		Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	
	Subtotal: 12		

ARS	DISTRITO	INSTITUIÇÃO	AGRUPAMENTO
CENTRO	Guarda	Hospital Dr. Sousa Martins – Guarda	ULS da Guarda, EPE
		Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia	
	Subtotal: 2		
	Leiria	Hospital Distrital de Pombal	Centro Hospitalar de Leiria Pombal, EPE
		Hospital S ^{to} André	
	Subtotal: 2		
	Santarém	Hospital Dr. Manoel Constâncio – Abrantes	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE
		Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar	
		Hospital Rainha Santa Isabel – Torres Novas	
	Subtotal: 2		
	Viseu	Hospital São Teotónio – Viseu	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
		Hospital Cândido Figueiredo de Tondela	
Subtotal: 12			
Total ARS Centro: 29			
LISBOA E VALE DO TEJO	Leiria	Hospital Distrital Caldas da Rainha	Centro Hospitalar Oeste Norte, EPE
		Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça	
		Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche	
	Subtotal: 3		

ARS	DISTRITO	INSTITUIÇÃO	AGRUPAMENTO	
LISBOA E VALE DO TEJO	Lisboa	Hospital Distrital de Torres Vedras	Centro Hospitalar de Torres Vedras, EPE	
		Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Barro		
		Hospital Reynaldo dos Santos	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE	
		Hospital Beatriz Ângelo – Loures		
		Hospital Pulido Valente		
		Hospital de Santa Maria		
		Centro Regional de Alcoologia de Lisboa	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	
		Hospital Júlio de Matos		
		Hospital Miguel Bombarda		
		Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	
		Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais		
		Instituto Português de Oncologia - Francisco Gentil (Lisboa), EPE		
		Hospital Curry Cabral		
		Maternidade Dr. Alfredo da Costa		
		Hospital dos Capuchos		
		Hospital de Dona Estefânia		
		Hospital de São José		
		Hospital de Santa Marta		
		Subtotal: 18		

ARS	DISTRITO	INSTITUIÇÃO	AGRUPAMENTO	
LISBOA E VALE DO TEJO	Lisboa	Hospital Egas Moniz	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	
		Hospital S. Francisco Xavier		
		Hospital de Santa Cruz		
		Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto		
	Subtotal: 4			
	Leiria	Hospital de Santarém, EPE		
	Subtotal: 1			
	Setúbal	Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	
		Hospital Distrital do Montijo		
		Hospital de Almada – Garcia de Orta, EPE		
		Hospital Ortopédico Santiago do Outão	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	
		Hospital de São Bernardo		
	Subtotal: 5			
Total ARS Lisboa e Vale do Tejo: 31				

ARS	DISTRITO	INSTITUIÇÃO		AGRUPAMENTO
ALENTEJO	Beja	Hospital José Joaquim Fernandes – Beja		Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE
		Hospital S. Paulo - Serpa		
	Subtotal: 2			
	Évora	Hospital Espírito Santo, EPE		
	Subtotal: 1			
	Portalegre	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre		ULS do Norte Alentejo, EPE
		Hospital Santa Luzia - Elvas		
	Subtotal: 2			
	Setúbal	Hospital do Litoral Alentejano, EPE		
	Subtotal: 1			
Total ARS ALENTEJO: 6				
ALGARVE	Faro	Hospital de Faro, EPE		Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
		Hospital de Portimão		
		Hospital de Lagos		
	Total ARS ALGARVE: 3			
Total de Instituições: 103				

Tabela 22 – Distribuição de Instituições Hospitalares

APÊNDICE IV

DISTRIBUIÇÃO HOSPITALAR POR ARS E DISTRITO

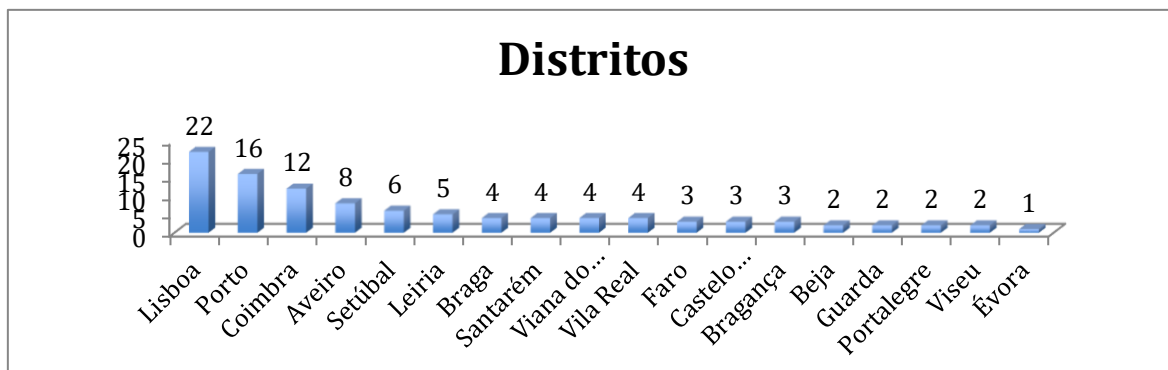


Gráfico 7 – Distribuição Hospitalar por Distrito

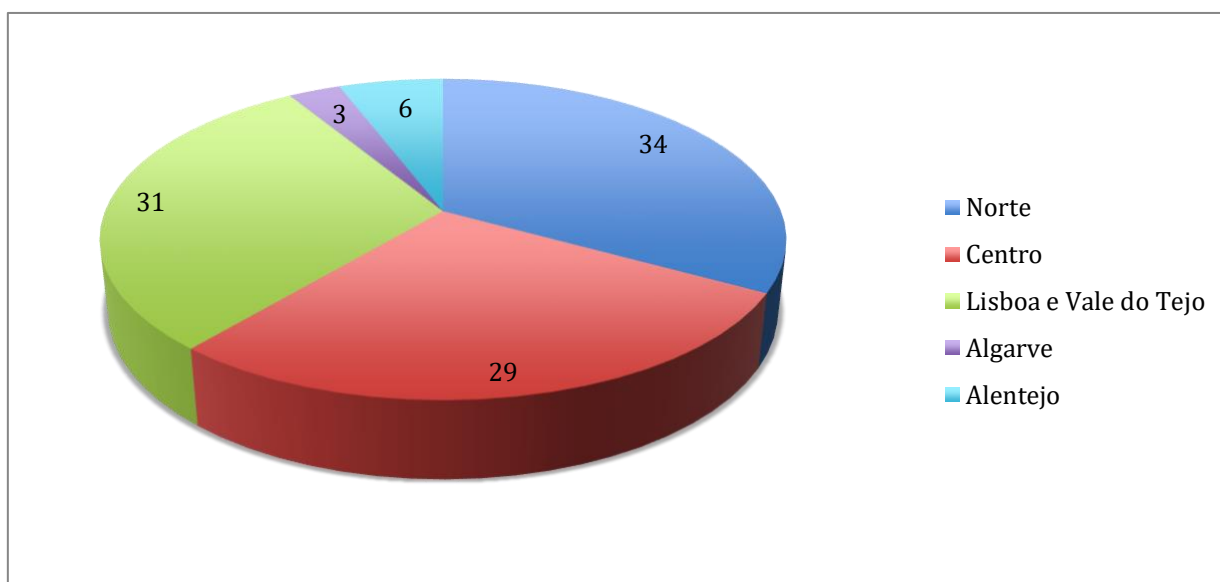


Gráfico 8 – Distribuição Hospitalar por ARS

APÊNDICE V

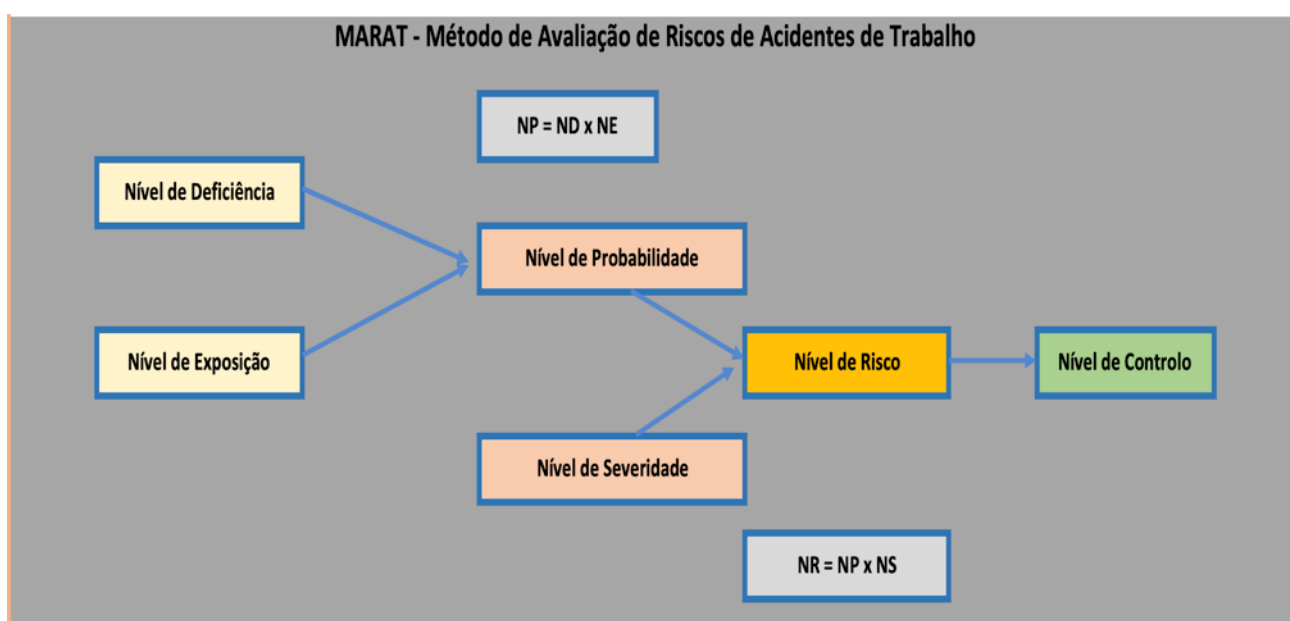
MÉTODO MARAT – AVALIAÇÃO DE RISCOS DE ACIDENTES DE TRABALHO

O método MARAT utilizado para a realização de avaliação de riscos de AT tem por base o Sistema Simplificado de Avaliação de Riscos de AT.

Este método é semi-quantitativo de matriz composta.

Através da sua aplicação, tendo como ponto de partida os AT declarados na instituição em estudo, irá permitir realizar a hierarquização de riscos e a consequente aplicação de medidas de controlo, o que permite em teoria a redução dos AT e das suas consequências, melhorando assim os indicadores institucionais e o nível de saúde dos trabalhadores.

O quadro abaixo permite perceber a forma como este método é aplicado.



Este método analisa tanto a probabilidade de ocorrência de um determinado perigo, como, a severidade das consequências. Este método dá-nos os resultados através da aplicação da seguinte fórmula:

$$\mathbf{NR = NP \times NS} \quad \text{em que} \quad \mathbf{NP = ND \times NE}$$

Em que:

NR – Nível de Risco

NP – Nível de Probabilidade

NS – Nível de Severidade

ND – Nível de Deficiencia

NE – Nível de Exposição

O nível de probabilidade é obtido através da avaliação dos locais de trabalho e respectivas atividades em função das deficiências ou falhas observadas. O nível de severidade é obtido por análise estatística, de ocorrências anteriores e dados fiáveis publicados por especialistas (por exemplo questões médicas relacionadas com o amianto), após a estimativa da probabilidade de ocorrência obtemos então o nível de risco. ´

Para alcançar o resultado final são aplicadas as seguintes tabelas:

Nível de Deficiência	ND	Significado
Aceitável (A)	1	Não foram detectadas anomalias. O perigo está controlado.
Insuficiente (I)	2	Foram detetados fatores de risco de menor importância. É de admitir que o dano possa ocorrer algumas vezes.
Deficiente (D)	6	Foram detetados alguns fatores de risco significativos. O conjunto de medidas preventivas existentes tem a sua eficácia reduzida de forma significativa
Muito Deficiente (MD)	10	Foram detetados fatores de risco significativos. As medidas preventivas existentes são ineficazes. O dano ocorrerá na maior parte das circunstâncias.
Deficiência Total (DT)	14	Medidas preventivas inexistentes ou desadequadas. São esperados danos na maior parte das situações.

Nível de Exposição	NE	Significado
Esporádica	1	Uma vez por ano ou menos e por pouco tempo (minutos)
Pouco Frequente	2	Algumas vezes por ano e por período de tempo determinado.
Ocasional	3	Algumas vezes por mês.
Frequente	4	Várias vezes durante o período laboral, ainda que com tempos curtos - várias vezes por semana ou diário.
Continuada rotina	5	Várias vezes por dia com tempo prolongado ou continuamente.

Através da análise e cálculo dos dados, tendo por base as tabelas anteriores, obtemos o nível de probabilidade, que pode ser traduzido da seguinte forma:

Nível de Probabilidade NP = ND x NE			Nível de Exposição				
			Esporádica	Pouco Freqüente	Ocasional	Freqüente	Rotina
			1	2	3	4	5
Nível de deficiência	Aceitável	1	1	2	3	4	5
	Insuficiente	2	2	4	6	8	10
	Deficiente	6	6	12	18	24	30
	Muito Deficiente	10	10	20	30	40	50
	Deficiência Total	14	14	28	42	56	70

O nível de probabilidade pode ser classificado da seguinte forma:

Nível de Probabilidade	NP	Significado
Muito Baixa	1-3	Não é de esperar que a situação perigosa se materialize, ainda que possa ser concebida.
Baixa	4-6	A materialização da situação perigosa pode ocorrer.
Média	8-20	A materialização da situação perigosa é possível de ocorrer pelo menos uma vez com danos.
Alta	24-30	A materialização da situação perigosa pode ocorrer várias vezes durante o período de trabalho.
Muito Alta	40-70	Normalmente a materialização da situação perigosa ocorre com frequência.

O nível de severidade pode ser traduzido através da seguinte tabela, tendo em consideração que podemos encontrar os danos pessoais e materiais na mesma tabela constituem riscos diferentes e necessitam de análise distinta:

Nível de Severidade	NS	Significado	
		Danos Pessoais	Danos Materiais
Insignificante	10	Não há danos pessoais.	Pequenas perdas materiais.
Leve	25	Pequenas lesões que não requerem hospitalização apenas primeiros-socorros.	Reparação sem paragem do processo.
Moderado	60	Lesões com incapacidade laboral transitória. Requer tratamento médico.	Requer a paragem do processo para efectuar a reparação.
Grave	90	Lesões graves que podem ser irreparáveis.	Destruição parcial do sistema (reparação complexa onerosa).
Mortal ou Catastrófico	155	Um morto ou mais. Incapacidade total ou permanente.	Destruição de um ou mais sistemas (difícil renovação /reparação).

Dos dados obtidos, através dos cálculos e tabelas anteriores, obtém-se o nível de risco traduzido pelo produto do NP x NS, cuja leitura se poderá obter da seguinte tabela:

Nível de Risco NR = NP x NS			Não é de esperar que a situação perigosa se materialize, ainda que possa ser concebida.		A materialização da situação perigosa pode ocorrer.		A materialização da situação perigosa é possível de ocorrer pelo menos uma vez com danos.		A materialização da situação perigosa pode ocorrer várias vezes durante o período de trabalho.		Normalmente a materialização da situação perigosa ocorre com frequência.	
Danos Pessoais	Danos Materiais	NP NS	1-3		4-6		8-20		24-30		40-70	
Não há danos pessoais	Pequenas perdas materiais.	10	10	30	40	60	80	180	240	300	400	700
Pequenas lesões que não requerem hospitalização. Apenas primeiros-	Reparação sem paragem do processo.	25	25	75	100	150	200	450	600	750	1000	1750
Lesões com incapacidade laboral transitória. Requer tratamento médico.	Requer a paragem do processo para efectuar a reparação.	60	60	180	240	360	480	1080	1440	1800	2400	4200
Lesões graves que podem ser irreparáveis.	Destruição parcial do sistema (reparação complexa onerosa).	90	90	270	360	540	720	1620	2160	2700	3600	6300
Um morto ou mais. Incapacidade total ou permanente.	Destruição de um ou mais sistemas (difícil renovação/reparação).	155	155	465	620	930	1240	2790	3720	4650	6200	10850

A magnitude de risco é obtida através do cruzamento da *gravidade dos efeitos* com a *probabilidade de ocorrência* permitindo priorizar as medidas corretoras a ser implementadas.

Nível de Controlo	NC	Significado
I	3600-10850	Situação crítica. Intervenção imediata. Eventual paragem imediata. Isolar o perigo até serem adoptadas medidas de controlo permanente.
II	1240-3100	Situação a corrigir. Adoptar medidas de controlo enquanto a situação perigosa não for eliminada ou reduzida.
III	360-1080	Situação a melhorar. Deverão ser elaborados planos ou programas documentados de intervenção.
IV	90-300	Melhorar se possível justificando a intervenção.
V	10-80	Intervir apenas se uma análise pormenorizada o justificar

Actividade / Tarefa	Perigo	Risco	Dano	Nível de Probabilidade NP = ND x NE			Nível de Severidade	Nível de Risco NR = NP x NS	Nível de Controlo (NC)
				ND	NE	NP	NS	NR	
Manipulação de cortantes	Metodologia incorreta, equipamentos sem níveis de segurança	Picada ou corte com material contaminado	Contaminação com doenças infeto contagiosas, lesões musculó-esqueléticas	Muito Deficiente (MD) - 10 - Foram detectados factores de risco significativos. As medidas preventivas existentes são ineficazes. O dano ocorrerá na maior parte das circunstâncias.	Ocasional - 3 - Algumas vezes por mês.	30 A materialização da situação perigosa pode ocorrer várias vezes durante o período de trabalho.	Grave - Lesões graves que podem ser irreparáveis / Destruição parcial do sistema (reparação complexa onerosa).	2700	II - Situação a corrigir. Adoptar medidas de controlo enquanto a situação perigosa não for eliminada ou reduzida.
Mobilização de doentes	Mobilização de doentes	Queda, estiramento, contratura, ruptura muscular, traumatismo	Lesões musculó-esqueléticas	Muito Deficiente (MD) - 10 - Foram detectados factores de risco significativos. As medidas preventivas existentes são ineficazes. O dano ocorrerá na maior parte das circunstâncias.	Ocasional - 3 - Algumas vezes por mês.	30 A materialização da situação perigosa pode ocorrer várias vezes durante o período de trabalho.	Grave - Lesões graves que podem ser irreparáveis / Destruição parcial do sistema (reparação complexa onerosa).	2700	II - Situação a corrigir. Adoptar medidas de controlo enquanto a situação perigosa não for eliminada ou reduzida.
Deslocação do trabalhador dentro da instituição	Inadequação das instalações			Muito Deficiente (MD) - 10 - Foram detectados factores de risco significativos. As medidas preventivas existentes são ineficazes. O dano ocorrerá na maior parte das circunstâncias.	Ocasional - 3 - Algumas vezes por mês.	30 A materialização da situação perigosa pode ocorrer várias vezes durante o período de trabalho.	Moderado - Tratamento médico, incapacidade / Requer a paragem do processo para efectuar a reparação.	1800	II - Situação a corrigir. Adoptar medidas de controlo enquanto a situação perigosa não for eliminada ou reduzida.
In Itinere	Condições climatéricas, inadequação dos meios de transporte, cansaço	Queda, estiramento, contratura, ruptura muscular, traumatismo	Lesões musculó-esqueléticas	Insuficiente (I) - 2 - Foram detectados factores de risco de menor importância. É de admitir que o dano possa ocorrer algumas vezes.	Pouco Frequente - 2 - Algumas vezes por ano e por período de tempo indeterminado.	4 A materialização da situação perigosa pode ocorrer.	Mortal ou Catastrófico - Fatalidade, incapacidade total ou permanente / Destruição de um ou mais sistemas (difícil renovação/reparação).	620	III - Situação a melhorar. Deverão ser elaborados planos ou programas documentados de intervenção.
Prestação de cuidados de enfermagem	Agressão	Traumatismos diversos, impacto psicológico	Lesões musculó-esqueléticas, trauma psicológico	Insuficiente (I) - 2 - Foram detectados factores de risco de menor importância. É de admitir que o dano possa ocorrer algumas vezes.	Pouco Frequente - 2 - Algumas vezes por ano e por período de tempo indeterminado.	4 A materialização da situação perigosa pode ocorrer.	Moderado - Tratamento médico, incapacidade / Requer a paragem do processo para efectuar a reparação.	240	IV - Melhorar se possível justificando a intervenção.

Tabela 23 – Análise de Risco

APÊNDICE VI

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Observação Nº: _____

Caracterização da Instituição

1 – Comissão de Higiene e Segurança no Trabalho

- | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 1 - Sim | <input type="checkbox"/> | 2 – Não |
| <input type="checkbox"/> | 3 – Não Referido | | |

Caracterização do Acidentado

2– Nacionalidade

- | | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 1 - Portuguesa | <input type="checkbox"/> | 2 – Outra |
|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------|

3– Idade

- | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 – $\geq 22 < 32$ | <input type="checkbox"/> | 2 – $\geq 32 < 42$ |
| <input type="checkbox"/> | 3 – $\geq 42 < 52$ | <input type="checkbox"/> | 4 – $\geq 52 < 62$ |
| <input type="checkbox"/> | 5 – ≥ 62 | | |

4 – Sexo

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Masculino | <input type="checkbox"/> | 2 – Feminino |
|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|

5 – Tempo de Serviço

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 – 0 a 5 anos | <input type="checkbox"/> | 2 – 5 a 10 anos |
| <input type="checkbox"/> | 3 – > a 10 anos | | |

6 – Relação Contratual

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Termo Certo | <input type="checkbox"/> | 2 – Termo Incerto |
| <input type="checkbox"/> | 3 – Não Referido/Outro | | |

Caracterização do Acidente

7 - Mês: _____

8 - Ano: _____

9 - Hora: ____h ____m

10 - Dia da Semana

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 – Domingo | <input type="checkbox"/> 2 – Segunda Feira |
| <input type="checkbox"/> 3 – Terça Feira | <input type="checkbox"/> 4 – Quarta Feira |
| <input type="checkbox"/> 5 – Quinta Feira | <input type="checkbox"/> 6 – Sexta Feira |
| <input type="checkbox"/> 7 – Sábado | |

11 – Horas Trabalhadas até à Ocorrência: ____ h ____ m**12 – Local:** _____**13 – Tipo de Ocorrência**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 – Acidente | <input type="checkbox"/> 2 – Incidente |
| <input type="checkbox"/> 3 – Acontecimento Perigoso | <input type="checkbox"/> 4 – Não Referido |

14 – Causa de Lesão

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 – Queda do Trabalhador | <input type="checkbox"/> 2 – Queda de Objecto |
| <input type="checkbox"/> 3 – Picada com Agulha | <input type="checkbox"/> 4 – Agressão |
| <input type="checkbox"/> 5 – Acidente de Viação | <input type="checkbox"/> 6 – Projeção de Partículas |
| <input type="checkbox"/> 7 – Exposição a Temperaturas Extremas | <input type="checkbox"/> 8 – Exposição a Produtos Contaminados |
| <input type="checkbox"/> 9 – Entalamento | <input type="checkbox"/> 10 – Exposição a Substância |
| <input type="checkbox"/> 11 – Radiações | <input type="checkbox"/> 12 – <i>In Itinere</i> |
| <input type="checkbox"/> 13 – Não Referido | <input type="checkbox"/> 14 – Outro |
| <input type="checkbox"/> 15 – Esforço Excessivo | |

15 – Tipo de Lesão

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 – Fratura | <input type="checkbox"/> 2 – Contusão |
| <input type="checkbox"/> 3 – Escoriação | <input type="checkbox"/> 4 – Ferida incisa |
| <input type="checkbox"/> 5 – Picada | <input type="checkbox"/> 6 – Queimadura |
| <input type="checkbox"/> 7 – Infecção | <input type="checkbox"/> 8 – Intoxicação |
| <input type="checkbox"/> 9 – Não Referido | <input type="checkbox"/> 10 – Outro |
| <input type="checkbox"/> 11 – Entorse | <input type="checkbox"/> 12 – Ruptura Muscular |

16 – Local Afectado

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Cabeça | <input type="checkbox"/> | 2 – Olhos |
| <input type="checkbox"/> | 3 – Tronco | <input type="checkbox"/> | 4 – Mãos |
| <input type="checkbox"/> | 5 – Membros Superiores | <input type="checkbox"/> | 6 – Membros Inferiores |
| <input type="checkbox"/> | 7 – Pés | <input type="checkbox"/> | 8 – Pescoço |
| <input type="checkbox"/> | 9 – Múltiplas Localizações | <input type="checkbox"/> | 10 – Sistémico |
| <input type="checkbox"/> | 11 – Outro | | |

17 – Tipo de Incapacidade

- | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Sem Incapacidade | <input type="checkbox"/> | 2 – Total |
| <input type="checkbox"/> | 3 – Parcial | | |

18 – Tempo de Incapacidade: _____**19 – Absentismo Laboral**

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Não | <input type="checkbox"/> | 2 – Sim |
|--------------------------|---------|--------------------------|---------|

20 – Tempo Perdido (dias): _____**21 – Barreiras de Proteção**

- | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Luvas | <input type="checkbox"/> | 2 – Óculos de Proteção |
| <input type="checkbox"/> | 3 – Máscara | <input type="checkbox"/> | 4 – Avental |
| <input type="checkbox"/> | 5 – Botas | <input type="checkbox"/> | 6 – Vestuário de BO |

22 – Imunizações: _____**23 – Causa Provável da Ocorrência**

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Metodologia Insegura | <input type="checkbox"/> | 2 – Equipamento Inadequado/Insuficiente |
| <input type="checkbox"/> | 3 – Instalações Inadequadas | <input type="checkbox"/> | 4 – Ritmo de Trabalho |
| <input type="checkbox"/> | 5 – Doente Agitado | <input type="checkbox"/> | 6 – Fadiga |
| <input type="checkbox"/> | 5 – Negligência de Terceiros | <input type="checkbox"/> | 6 – Organização do Trabalho |
| <input type="checkbox"/> | 7 – Desatenção | <input type="checkbox"/> | 8 – Consumo de Substâncias |
| <input type="checkbox"/> | 9 – Outro | <input type="checkbox"/> | 10 – Não Referido |

ANEXOS

ANEXO I

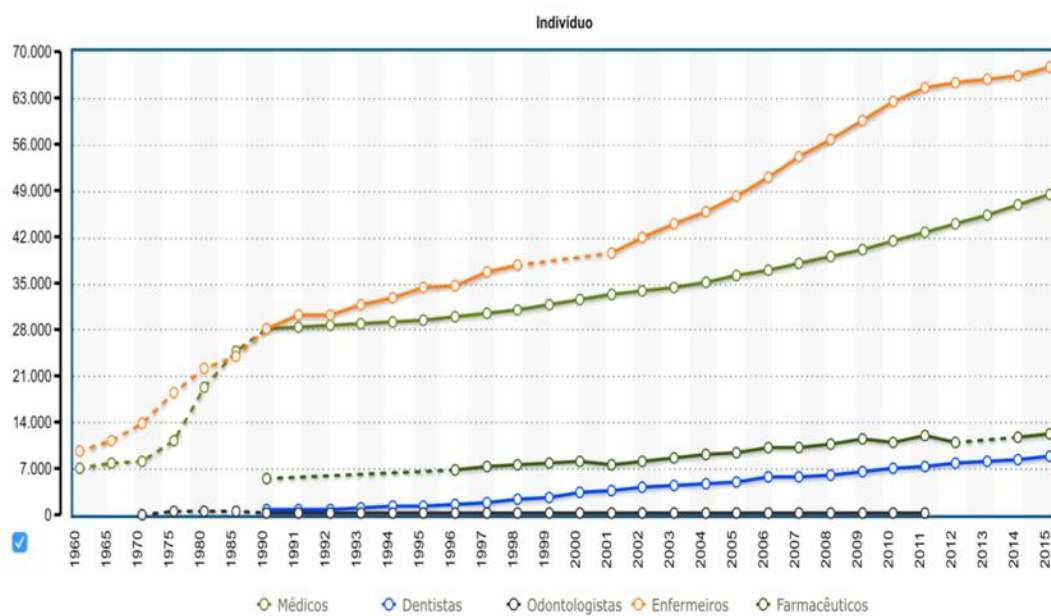
REPRESENTATIVIDADE PROFISSIONAL

Médicos, dentistas, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos em Portugal



Aprofunde a sua análise, [aqui](#)

Pessoal de saúde: médicos, dentistas, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos



Fonte: INE, Pordata

ANEXO II

ACIDENTES DE TRABALHO POR GRUPO PROFISSIONAL

Quadro 4 - Acidentes de trabalho por Grupo Profissional (2012-2014)

Ano / Grupo profissional	2012	2013	2014	% Relativa 2014
Médico	802	896	911	12,0%
Enfermeiro	2.355	2.437	2.879	38,0%
TSS	56	64	81	1,1%
TDT	255	249	300	4,0%
Dirigente	14	10	4	0,1%
Técnico Superior	41	50	81	1,1%
Informático	13	12	13	0,2%
Pessoal de Investigação Científica / Docente	1	1	5	0,1%
Assistente Técnico	316	364	423	5,6%
Assistente Operacional	2.271	2.480	2.739	36,2%
Outro Pessoal	22	23	137	1,8%
Total	6.146	6.586	7.573	100,0%

Fonte: ACSS, IP